



6 • 2019

REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG – GROSSSCHADENSEREIGNISSE AUF DEM SCHIRM?



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Reform der Notfallversorgung – Großschadensereignisse auf dem Schirm?



- 4 Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6 Notfallversorgung unter Extremsituationen – aus der Sicht des DRK**
Prof. Dr. med. Peter Sefrin
Bundesarzt des DRK



- 11 Fokus Krankenhäuser: Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland – Großschadensereignisse auf dem Schirm?**

Prof. Dr. med. Thomas Wurmb

Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Würzburg



Dr. med. Barbara Kowalzik

Referat Schutz der Gesundheit, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn



- 17 Wie gut kann man auf das Undenkbare vorbereitet sein?**

Tino Sorge MdB

Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, CDU



- 21 Reform der Notfallversorgung – eine Chance für den Blick aus der Patientensicht**

Mario Czaja

Präsident Berliner Rotes Kreuz e.V.



- 26 Mehr Vernetzung für unverzügliche Hilfe im Notfall**

Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB

Obfrau der Grünen-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit des deutschen Bundestags



- 30 Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt**

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB

Obmann der FDP-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags



- 34 Überlegungen zur medizinischen Versorgung von Menschen in Notfällen bei „Großschadensereignissen“ sowie im Verteidigungsfall gem. Art. 80 a, 115 a GG**

RA Jörg Müssig

Fachanwalt für Medizinrecht / Justiziar des Verbandes der Feuerwehren in NRW e.V.



- 39 Rettungsversuche – zur Reform der Notfallversorgung**

Wulf-Dietrich Leber

Abteilungsleiter Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband



- 42 Es gibt Bereiche wo ich sage: „Das kann schiefgehen!“**

Albrecht Broemme

Vorstandsvorsitzender Zukunftsforum öffentliche Sicherheit (ZOES)

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wer beschäftigt sich schon gern mit Notfällen? Die Reform der Notfallversorgung macht vor allem Fortschritte, weil alle Beteiligten mit der aktuellen Situation unzufrieden sind – an erster Stelle Ärztinnen und Ärzte in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser, dicht gefolgt von den dort arbeitenden Pflegekräften. Auch die Geschäftsführungen der Häuser beklagen die defizitäre Situation. Die ambulante Versorgung sieht sich übergeben, Patientinnen und Patienten leiden unter stundenlangen Wartezeiten im Krankenhaus. Sie wissen wohl nicht, dass ihnen im notärztlichen Versorgungsangebot der Vertragsärzte oft bestens geholfen worden wäre. Kurz: Die Reform der Notfallversorgung wird Realität, weil es wie heute nicht weitergehen kann und darf und alle Seiten unter Handlungsdruck stehen. Die pure Not zwingt alle, sich mit Notfällen zu befassen.

Im vorliegenden Heft der Reihe iX-Forum wollen wir durch eine ausführliche Beschäftigung mit dem Notfall über die begrenzte Welt der individuellen Gesundheitsversorgung hinaus einen Schritt weitergehen. Denn entsprechende Strukturen und Einrichtungen müssen nicht nur verfügbar sein, wenn der Blinddarm piekt, oder ein Verkehrsunfall die A4 wieder einmal lahmlegt. Darüber hinaus verlassen wir uns auch auf die Strukturen unseres Systems, wenn Terror, Katastrophen, Großschadensereignisse oder gar ein kaum mehr denkbarer Verteidigungsfall das Land erschüttern. Diese Lagen sind noch ungleich komplizierter, denn die Verantwortung wird in diesen Fällen nicht mehr allein zwischen den unterschiedlichen Sektoren innerhalb des Gesundheitssystems aufgeteilt. Je nach Schadensereignis sind Länder, Kommunen oder auch das Innenministerium des Bundes zuständig. Das sind ideale Voraussetzungen, um den Schwarzen Peter munter hin und her zu schieben und zu hoffen, dass schon nichts Schlimmeres geschehen möge.

Bisher hat alles einigermaßen akzeptabel funktioniert. Das Zugunglück von Eschede vor gut 20 Jahren erschüt-

terte uns zu einer Zeit, als die Sicherheitsreserven des Gesundheitswesens noch nicht durch anhaltenden Wettbewerbsdruck genull gefahren worden waren. Der Terroranschlag am Berliner Breitscheidplatz ereignete sich in einer mit maximalversorgenden Krankenhäusern gut ausgestatteten Metropolregion. Epidemien und Pandemien, wie SARS, Corona oder Ebola ließen uns ausreichend Zeit zur Vorbereitung und trafen dann auf hervorragend präparierte Strukturen, in denen Verantwortung und Zuständigkeiten klar geregelt waren – und wohl auch heute sind.

Dass eine Gesundheitsversorgung in unvermittelt eintretenden Katastrophen und Großschadensereignissen oder gar im Verteidigungsfall keineswegs derart wohlgeordnet sein wird, steht zu befürchten. Umso wichtiger wäre es, für die Reform der Notfallversorgung Großschadensereignisse, den Verteidigungsfall, Pandemien, etc. gleich mit zu regeln – oder die jetzigen Planungen zumindest für weiterführende Regelungen anschlussfähig zu machen. Doch davon findet man in den aktuellen Entwürfen des Bundesgesundheitsministeriums nichts. Auch in der BMG-Beauftragung an den Sachverständigenrat Gesundheit – dessen entsprechendes Gutachten dann wieder Grundlage für die aktuellen BMG-Aktivitäten war – findet man das Thema Großschaden nicht. Übrigens zum Bedauern des SVR-Vorsitzenden, wie er uns gegenüber versicherte. Dass sich das Ministerium unter diesen Umständen nicht berufen sah, zum vorliegenden Heft einen Beitrag beizusteuern, ist nicht beruhigend, aber schon beinahe konsequent.

Es besteht damit die Gefahr, dass wir zwar die Notfallversorgung reformieren, aber deren Verknüpfungen mit einer dringenden Reform der Regelungen für den Katastrophenschutz, anderen Großschadensereignissen oder für den Verteidigungsfall auf der Strecke bleiben.

Dies kann gravierende Folgen haben. Der Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen führt nicht nur mehr und mehr dazu, dass „unproduktive“ Sicherheitsreserven ab-

geschmolzen werden. Kein Geheimnis ist auch das Ziel, mit der Reform der Notfallversorgung die Krankenhauslandschaft weiter unter Druck zu setzen und damit zu bereinigen.

Wie der Blick nach Dänemark und eine Reihe nationaler und internationaler gesundheitsökonomischer Veröffentlichungen zeigt, kann dies aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ein durchaus vernünftiges Ziel sein. Kaum vernünftig ist es aber, diesen Bereinigungsprozess nicht planerisch am Bedarf auszurichten und keinen strukturierten Anschluss an den Zivil- und Katastrophenschutz vorzusehen. Verkehrspädagogen werden nicht müde, Autofahrer kontinuierlich an einen adäquaten Sicherheitsabstand zu erinnern. Im Gesundheitswesen verfestigt sich jedoch der Eindruck, dass wir mehr und mehr dazu übergehen, bei Tempo 200 Stoßstange an Stoßstange zu fahren.

Gemeinsam mit dem Deutschen Roten Kreuz will das vorliegende Heft des iX-Forums aus all diesen Gründen eine mahnende Stimme erheben und in aller gebotenen Vorsicht darauf hinzuweisen, dass der Wettbewerb ein taugliches Instrument für einen Effizienzdruck sein mag, dass aber wettbewerbliche Strukturen kaum dazu geeignet sind, notwendige Krisenstrukturen für den Ernst-

fall vorzuhalten, zu bewahren oder gar aufzubauen. Auch eine funktionierende Feuerwehr ist als wettbewerbliches Modell nur schwer vorstellbar.

Bei der Absicherung im Katastrophenfall laufen wir Gefahr, dies alles zu vergessen. Verantwortlich dafür ist vor allem die strenge Ressortaufteilung der politischen Verantwortung. Innenpolitiker scheinen im Glauben zu leben, das Gesundheitssystem werde es schon richten. Im Gesundheitssystem hat sich der Wettbewerb in den letzten Jahren als ein recht erfolgreicher Sanierer erwiesen, obwohl damit Kind und Bad gleich an mehreren Stellen in das allgemeine Meer der Euphorie geschüttet wurden.

Mit diesem Heft des iX-Forum wollen wir davor warnen, gerade im Bereich des Zivil- und Katastrophenschutzes, die Wettbewerbs- und Effizienzschraube zu überdrehen. Die Autorinnen und Autoren haben die Problematik der abschmelzenden Vorhalte-Finanzierung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Sie wollen dazu anregen, die jetzigen Überlegungen zur Notfallversorgung an die nächsthöhere Dimension, zu gestalten. Für eine vorausschauende Politik erscheint es nicht zu rechtfertigen, angesichts einer vermutlich defizitären Notfallversorgung im Katastrophenfall den Kopf in den Sand zu stecken.

*Wir wünschen Ihnen bei der Lektüre
ein kreativ-kritisches Vergnügen!*



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Klopfer

Notfallversorgung unter Extrem- situationen – aus der Sicht des DRK

Prof. Dr. med. Peter Sefrin
Bundesarzt des DRK



Clemens Bilan / DRK

Die Notfallversorgung in Deutschland ist generell gut aufgestellt – aber noch immer werden Extremsituationen nicht ausreichend mitgedacht und bei der Finanzierung der Notdienste unzureichend berücksichtigt.

Trotz regionaler personeller Probleme im Rettungsdienst wird die präklinische Notfallversorgung in Deutschland insgesamt als gut eingestuft. Auch im Vergleich zu anderen Ländern ist die rettungsdienstliche Versorgung auf einem hohen Standard. Neben der Qualifikation des Personals und der medizinischen Ausstattung der Rettungsfahrzeuge spielt dabei auch eine fast flächendeckende Vorhaltung von Luftrettungsmitteln eine große Rolle. Der Anteil des Deutschen Roten Kreuzes e.V. (DRK) im Rettungsdienst beträgt bundesweit 50 – 60 % und ist damit der größte Anbieter von rettungsdienstlichen Leistungen. Es darf damit unterstellt werden, dass den Bürgerinnen und Bürger im Notfall eine adäquate und professionelle Hilfe garantiert werden kann, so wie es die Landesgesetze für den Rettungsdienst vorgeben.

Extremsituationen

Von der individuellen Notfallversorgung zu unterscheiden und abzugrenzen sind Extremsituationen, die mit einem Massenanfall von Verletzten (MANV) und Erkrankten (MANE) verbunden sind. Es handelt sich dabei um außergewöhnliche, besonders gefährliche Situationen, die ausschließlich und alleine durch den Rettungsdienst nicht bewältigt werden können. Bisher wurden unter Extremsituationen meist verschiedene natürliche und technische Katastrophen verstanden. Seit einigen Jahren kommen jedoch terroristische Aktivitäten sowie Epi- und Pandemien hinzu.

Für den Massenanfall, dessen Versorgungs- und Organisationsablauf in den Rettungsdienstgesetzen der Länder verankert ist, sind Ergänzungsstrukturen (z. B. Sonder-/ Schnelleinsatzgruppen – SEG) gebildet worden, die in einem Zeitraum von ca. 30 Minuten eine individuelle Versorgung ermöglichen. Die rettungsdienstliche Bewältigung von Großschadenslagen ist durch die Rettungsdienstgesetze der Länder vorgegebene Pflichtaufgabe des öffentlichen Rettungsdienstes. Die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten orientiert sich an ei-

ner bestmöglicher Individualtherapie, was durch die Bereitstellung von verfügbaren personellen und materiellen Reserven des Rettungsdienstes umgesetzt werden kann. Die für die Organisation bestehenden Verordnungen und Richtlinien auf Länderebene (z. B. Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenanfall von Notfallpatienten und Betroffenen – Bay.StM des Inneren, für Bau und Verkehr 6.12.2016) haben sich in der Vergangenheit bewährt. Die Besonderheit und Abgrenzung gegenüber einer Katastrophe ist, dass die regionale Infrastruktur intakt ist und dass Krankenhäuser in der Lage sind, die Patienten im Rahmen der stationären bzw. ambulanten Notfallversorgung zu behandeln.

Die Extremsituation einer Katastrophe ist in den Katastrophenschutzgesetzen der Länder definiert [...] *als ein Geschehen, bei dem Leben oder Gesundheit einer Vielzahl von Menschen oder die natürlichen Lebensgrundlagen oder bedeutende Sachwerte in ungewöhnlichem Ausmaß gefährdet oder geschädigt werden und die Gefahr nur abgewehrt oder die Störung nur unterbunden und beseitigt werden kann, wenn unter Leitung der Katastrophenschutzbehörde die im Katastrophenschutz mitwirkenden Behörden, Dienststellen Organisationen und die eingesetzten Kräfte zusammen wirken* (Bayerisches Katastrophenschutzgesetz [BayKSG] vom 24.7.1996, Art. 1 Abs. 2). In diesen Gesetzen ist die Mitwirkung der Hilfsorganisationen verbindlich festgelegt und damit in besonderer Weise auch des DRK. Der Rettungsdienst ist in diesem Fall zwar bei der medizinischen Versorgung beteiligt, jedoch nicht als Hauptakteur im Versorgungskonzept hinterlegt.

Deutschland muss sich darauf einstellen, dass es im Zuge des sicherheits- und gesellschaftlichen Umfeldes in Europa künftig verstärkt zu kritischen Situationen im Bevölkerungs- und Zivilschutz kommen kann.

Bisher wurden unter der Extremsituation der Katastrophe vornehmlich mechanische, thermische, technische,

Verkehrs- und Naturereignisse verstanden, die mit einem Massenansturm von Verletzten und einer Zerstörung der Infrastruktur einhergehen. Die Hilfe erforderte deshalb auch eine übergreifende Beteiligung von Hilfskräften und eine übergreifende Organisation. Die Konzepte der medizinischen Versorgung beruhen nicht mehr auf den konventionellen Therapiekonzepten der Notfallmedizin, sondern erfordern eine abgespeckte und an der jeweiligen Situation adaptierte Therapiekonzeption. Abstriche bei der Versorgung werden nicht nur toleriert, sondern müssen angestrebt werden¹. Zur Umsetzung dieser Konzepte erhalten die Durchführenden wie das DRK von den Ländern finanzielle Unterstützung und materielle Hilfen wie z. B. Einsatzfahrzeuge zur Verfügung gestellt.

Eine neue Dimension einer Extremsituation, deren Schädigungsintensität zwischen dem MANV und der Katastrophe angesiedelt ist, sind Terroranschläge und Amoklagen, die unter dem Begriff „lebensbedrohliche Einsatzlagen“ zusammengefasst sind. Sie sind nicht nur durch einen möglichen MANV gekennzeichnet, sondern auch durch die Besonderheit, dass auch die Helferinnen und Helfer, die im Rahmen der hochdynamischen Lage bei dem Versuch der Hilfeleistung der Gefahr ausgesetzt sind, Verletzungen und gesundheitliche Schäden zu erleiden. Die Versorgungskonzepte der medizinischen Versorgung stehen unter dem Vorbehalt der Durchführung, d.h. wegen der Gefährdung der Helfer muss davon abgesehen werden, sie vor Ort anwenden zu können. Es handelt sich um eine akute Bedrohungslage für das Leben von Opfern, Unbeteiligten und Einsatzkräften.

Als eine spezielle Extremsituation sind neu Massenerkrankungen im Sinne einer Epi- und Pandemie hinzugekommen, für die gleichfalls eigene Versorgungskonzepte erstellt werden müssen.

Eine weitere Extremsituation ist der Bündnis- und Verteidigungsfall zu nennen. Gemäß DRK-Gesetz kommt dem DRK eine besondere Rolle als freiwillige Hilfsgesellschaft

im Sinne des Genfer Rotkreuz-Abkommens zu². In diesem Gesetz wird geregelt, dass das DRK als nationale Gesellschaft des Roten Kreuzes auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland und freiwillige Hilfsgesellschaft der deutschen Behörden im humanitären Bereich zur Unterstützung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr gefordert werden kann.

Vorbereitungen auf Extremsituationen

1. MANV – durch die Regelungen der Länder in den Rettungsdienstgesetzen gibt es Vorbereitungen und Alarmierungsvorgaben für den Einsatz des Rettungsdienstes und der Sondereinsatzgruppen als Ergänzungsstrukturen. Es kann damit gerechnet werden, dass nach ca. 30 Minuten eine umfassende, professionelle Hilfeleistung erreicht werden kann. Diese orientiert sich dann an den anerkannten Prinzipien der Notfallmedizin. Hierfür ist ausreichend vorgesorgt und es bestehen keine wesentlichen Probleme.

Der inzwischen von dem Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (8. 1. 2020) sieht zwar den Rettungsdienst als eigenen Leistungsbereich (im SGB V) vor und auch eine Sicherung der Finanzierung, schließt jedoch die Übernahme der Kosten für die Vorbereitung von Großschadenslagen aus.

2. Katastrophen – trotz staatlicher Unterstützung sind seitens der Durchführenden – hier der Hilfsorganisationen wie dem DRK – Eigeninvestitionen erforderlich. Das DRK trägt seit 1998 jährliche Kosten von 2,5 Mio €. In mehr als 90% wird der Schutz der Bevölkerung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer getragen. Daneben sind finanzielle Mittel erforderlich, die seitens des DRK durch Spenden aus der Bevölkerung eingeworben werden müssen. Eine staatliche Absicherung über die nicht planbaren Spenden hinaus ist leider bisher nicht erfolgt.

Der Haushaltsausschuss des Bundestages hat im November 2019 Mittel in Höhe von 23,5 Mio € für einen

besseren Zivilschutz in den Entwurf des Bundeshaushaltes für 2020 eingestellt. Damit wurde das Projekt des DRK und der anderen Hilfsorganisationen „Nationales Krisenmanagement – Labor 5000“ anerkannt. Das Programm sieht in Notlagen eine erste ärztliche Versorgung, Unterkunftszelte, mobile Küchen sowie weitere logistische Mittel für die weitgehend autarke Betreuung von 5.000 Menschen innerhalb weniger Tage vor.

Nach Beendigung des „Kalten Krieges“ Mitte der Neunziger Jahre wurden viele Kapazitäten des Katastrophenschutzes abgebaut vor allem die bis dahin vorhandene Bundesvorhaltung. Man glaubte, dass entsprechende Strukturen nicht mehr gebraucht würden. Nunmehr wird jedoch in einer Risikoanalyse des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz 2016 festgestellt, dass „innerhalb des Gesundheitswesens massive Sicherheitslücken vorhanden seien“³. Als Beispiele werden Defizite in der Strahlenmedizin sowie Problem beim Umgang mit Cyber-Attacken genannt. Rechtlich gesehen ist die Zuständigkeit untergliedert in Zivilschutz als Bundesaufgabe und Katastrophenschutz als Ländersache. Der Bund ergänzt für den Zivilschutz, was in den Ländern für den Katastrophenschutz vorhanden ist. Nur zögerlich wurden jedoch die vom Bund zur Verfügung gestellten Katastrophenschutzfahrzeuge, die z.T. 20 Jahre alt sind, ersetzt. Die im Rahmen der Fußballweltmeisterschaft 2006 bevorrateten sogenannte Basispakete zur Versorgung von traumatisch verletzten Patienten bedürfen auch für die Zukunft einer bundesweiten flächendeckenden Bevorratung und einer Adaptation an die medizinischen Versorgungskonzepte. Probleme gibt es derzeit nicht nur bei der Wälzung des Inhalts sondern auch durch die derzeitigen Arzneimittelengpässe. In diesen Bereichen besteht ein erheblicher Nachholbedarf.

3. Lebensbedrohliche Einsatzlagen – Deutschland steht im erklärten Zielspektrum verschiedener terroristischer Organisationen, weshalb nach wie vor mit ter-

roristischen Anschlägen zu rechnen ist. Bei den medizinischen Schäden muss mit einem neuen Spektrum von Verletzungen gerechnet werden. Die bisherigen Versorgungskonzepte des rettungs- und sanitätsdienstlichen Vorgehens sind hierzu nicht ausgerüstet und hierauf nicht vorbereitet. Der Unterschied zu einem MANV ist, dass bei einem Terroranschlag oder einer Amoklage nicht mehr der Patient und seine Schädigung das medizinische Vorgehen vorgeben, sondern die taktische Lage das weitere Vorgehen bestimmt. Daraus folgt, dass es primär Aufgabe der Polizei ist, den Einsatz zu führen. Dieses Vorgehen bedeutet einen Paradigmenwechsel – einer möglichst großen Gruppe von Patienten eine bestmögliche zeitgerechte Versorgung zukommen zu lassen – für die Einsatzkonzeption des DRK. Dies muss erst gesondert in die Schulungsunterlagen (z. B. Sanitätsausbildung) implementiert werden.

Eine weitere Besonderheit der lebensbedrohlichen Einsatzlage ist, dass neben konventionellen Unfallmechanismen vor allem der Einsatz von Waffen und Sprengstoffen eine wesentliche Rolle spielt. Entsprechend muss bei einer derartigen Lage mit schwerverletzten Patienten in Lebensgefahr infolge penetrierender Verletzungen durch Schuss, Stich und Explosion gerechnet werden. Solche Verletzungsmuster waren bisher im Sanitätsdienst z. B. bei Großveranstaltungen nicht zu erwarten, weshalb im präklinischen Bereich ein völlig anderes Versorgungskonzept erforderlich wird⁴. Es ist notwendig neue praktische medizinische Behandlungsmethoden und -verfahren (z. B. Tourniquet, Thoraxventil u. a.) in die Schulung einzubeziehen. Auch hierfür sind zur Erstellung der Schulungskonzepte finanzielle Mittel erforderlich, über die bisher keine Klarheit besteht.

Bei der Diskussion im Sachverständigenrat für Gesundheit wurde festgestellt, dass für die Reform der Notfallversorgung Großschadensereignisse wie Terrorlagen kaum beachtet werden. Dies bedeutet ein gravierendes Schnittstellenproblem, da hier fachlich

und regulatorisch unterschiedliche Welten aufeinanderstoßen, die bisher eher auf ihre Eigenständigkeit bedacht waren. „Von einer Integrierten Kultur des nahtlosen Miteinanders sind wir in Deutschland leider noch weit entfernt“, so der Vorsitzende des Sachverständigenrates Ferdinand Gerlach⁵.

4. Bündnis-/Verteidigungsfall – ausgehend von der Maxime des Sanitätsdienstes der Bundeswehr „bei Einsätzen ist die umfassende sanitätsdienstliche Versorgung, einschließlich präventiv-medizinischer Maßnahmen zur Rettung und des qualifizierten Verwundeten-transport mit dem Ziel eines qualitativ dem fachlichen Standard in Deutschland entsprechenden Behandlungsergebnisses zu gewährleisten“⁶ und der Verpflichtung des DRK zur Unterstützung, ergeben sich neue Aufgaben. Diese müssen in die Ausbildung der Sanitätskräfte des DRK neu aufgenommen werden, wofür derzeit trotz der gesetzlich festgelegten Zuweisungen der Bundesregierung allerdings unter dem Vorbehalt der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel (DRK-Gesetz §2 Abs. 3) bisher keine Mittel zur Verfügung stehen.

Extremsituationen stellen für das DRK eine neue Herausforderung dar, was eine Ausweitung des bisherigen Aufgabenfeldes bedeutet. Die medizinisch-taktische Abarbeitung größerer Ereignisse auf bundeseinheitlichen Grundlagen (Leitlinien, Empfehlungen, Strukturen, Vorhaltungen, Qualifikationen u. a.) und Vorgehensweisen sind derzeit nicht durchgehend garantiert. Voraussetzung für die Umsetzung ist, bei der bestehenden Bereitschaft diese Aufgaben zu übernehmen, eine damit verbundene Finanzierung, die bislang nicht in ausreichendem Maße gegeben ist.

Literatur:

- ¹ Sefrin P. – Versorgungsstrategien müssen vorgeplant werden. *Dt.Ärztebl.* 1998; 95: A 2251-2255
- ² Gesetz zur Änderung von Vorschriften über das Deutsche Rote Kreuz vom 5. Dezember 2008, *BGBl. I* 2008, S. 2346, ergänzt durch Bestimmungen des Gesetzes über den Abschluss der Rentenüberleitung vom 17. Juli 2017, *BGBl. I* 2017; S. 2580
- ³ Unger Ch. – Medizinische Versorgung in Krisenlagen. In: *Neuordnung der Notfallversorgung. Wissenschaftl. Symposium Berlin 2016*, S. 18-19
- ⁴ Sefrin P. – Arzt bei Terrorlage – Fortbildungskonzept des DRK, *Hossfeld B. Dörr St. Notarzt* 2019; 35: 306-308
- ⁵ *iX-Highlights* 50. KW 2019; S. 6
- ⁶ Most B. – Zukunftsentwicklung der Bundeswehr – Trends und Perspektiven. In: *Strategische Vorausschau im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz – Hat der Rettungsdienst eine Langfristperspektive? Wissenschaftl. Symposium Berlin 2018*, S. 17-20

Fokus Krankenhäuser: Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland – Großschadens- ereignisse auf dem Schirm?



Prof. Dr. med. Thomas Wurmb

Sektion Notfall- und
Katastrophenmedizin der Klinik
und Poliklinik für Anästhesiologie,
Universitätsklinikum Würzburg

Dr. med. Barbara Kowalzik

Referat Schutz der Gesundheit,
Bundesamt für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe, Bonn



*Krankenhäuser sind Teil der kritischen Infrastruktur
Deutschlands. Es mangelt jedoch an Bewusstsein für
diese Tatsache und den draus folgenden Konsequenzen.*

Krankenhäuser spielen eine tragende Rolle in der Alltagsversorgung von Patienten, darüber hinaus aber auch bei der Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen bis hin zur Versorgung von Opfern aus kriegerischen Konflikten und Kriegshandlungen. Die Analyse und Auswertung von Terroranschlägen verdeutlichen dies. In Paris wurden in der Anschlagnacht vom 13. November 2015 in 17 Krankenhäusern ca. 300 Terroropfer behandelt, wobei das Krankenhaus mit den meisten Aufnahmen 53 verletzte Patienten behandelte^{1,2}. Weitere Beispiele sind die Anschläge von Madrid und London^{3,4}. Bei dem Sarin-Anschlag in Tokio wurden in einem einzigen Krankenhaus innerhalb der ersten Stunde 500 Patienten aufgenommen⁵. Mit solchen außergewöhnlichen Herausforderungen müssen sich Krankenhäuser auch in Deutschland, aber vor allem auch alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen und der Politik intensiv auseinandersetzen.

Krankenhäuser sind Kritische Infrastrukturen

Krankenhäuser gehören zu den Kritischen Infrastrukturen. Dies bedeutet, dass aufgrund ihrer herausragenden Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung der akute Ausfall eines oder mehrerer Krankenhäuser eine erhebliche Gefährdung des Gemeinwesens oder nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe nach sich ziehen würde⁶. Um der Kernaufgabe, der Versorgung von Patienten gerecht zu werden, bedarf es einer hinreichenden Personal- und Gebäudestruktur sowie einer funktionierenden Technik und Logistik. Aufgrund dieser Komplexität sind Krankenhäuser anfällig gegen eine Vielzahl von akuten Störungen und Schadenslagen unterschiedlichster Ursachen. Hat eine Schadenslage Auswirkungen auf die Kernaufgabe eines Krankenhauses, geht damit ein Gefährdungspotential für die Gesundheit von Menschen (Patienten, Personal und/oder Besucher) einher.

Krankenhaus Alarm- und Einsatzplanung (KAEP)

Um außergewöhnlichen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es einer sorgfältigen Vorbereitung und Planung seitens der Krankenhäuser. Eine Verpflichtung zur Alarm- und Einsatzplanung ergibt sich nicht nur aus dem Ziel, das eigene Unternehmen vor Schaden zu bewahren, eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten und bestmöglich auf Ausnahmesituationen vorbereitet zu sein. Krankenhäuser sind darüber hinaus gesetzlich verpflichtet, sich auf außergewöhnliche Lagen vorzubereiten. Diese Verpflichtungen sind unter anderem in den Krankenhaus- oder Katastrophenschutzgesetzen der Länder, dem Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG), im Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) des Bundes und in den Feststellungsbescheiden (Aufnahme in den Krankenhausplan eines Bundeslandes) der Krankenhäuser festgeschrieben. Eine Finanzierung dieser weit über die Regelversorgung hinausgehenden Aufgaben ist hingegen nicht geregelt.

Rechtliche Zuständigkeiten

Die Verantwortung für die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung liegt bei den einzelnen Bundesländern. Diese sind auch für die Bewältigung von Katastrophenereignissen zuständig, während Alltagsereignisse auf kommunaler, Großschadensereignisse unterhalb der Katastrophenschwelle auf bezirksregionaler Ebene bewältigt werden müssen. Der Zivilschutz als Teilbereich der Zivilen Verteidigung obliegt dem Bund (GG 73 Abs. 1, Satz 1). Der Bund ergänzt den Katastrophenschutz der Länder für die Bedarfe im Zivilschutz. Die Bundesländer dürfen in Katastrophenfällen auf die Vorhaltungen des Bundes für den Zivilschutz zugreifen (Integriertes Hilfeleistungssystem). Die Zivile Verteidigung umfasst alle nichtmilitärischen Maßnahmen im Rahmen der Gesamtverteidigung, die sich in die Hauptaufgabenbereiche Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsgewalt, Versorgung der Bevölkerung und der Streitkräfte mit Gütern und Leistungen, Unterstützung der Streitkräfte und eben den Zivilschutz

unterteilt. Zum Zivilschutz gehören insbesondere auch Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit. Darüber hinaus werden Krankenhäuser in der Zivilen Verteidigung auch im Bereich der Unterstützung der Streitkräfte gefordert. Die Vorbereitungen für die Zivile Verteidigung bauen im Bevölkerungsschutz auf den Planungen für die friedensmäßige Krisenbewältigung auf⁷.

Im Sommer 2016 veröffentlichte die Bundesregierung die Konzeption Zivile Verteidigung (KZV)⁸. Die KZV gibt den Rahmen der Anforderungen an die Zivile Verteidigung und Notfallvorsorge des Bundes vor. Darunter fällt auch der Schutz der Gesundheit, weshalb auch die Krankenhäuser in Deutschland unmittelbar betroffen sind. Dass Krankenhäuser eine entscheidende Rolle bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung spielen und dies eine außergewöhnliche und kaum zu bewältigende Herausforderung darstellt, steht außer Frage.

Finanzierung und Umsetzung der KAEP in Deutschland

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland basiert auf einem dualen System; auf der einen Seite steht die Investitionskostenfinanzierung, auf der anderen Seite die Betriebskostenfinanzierung. Die Investitionskostenfinanzierung leitet sich von der Daseinsvorsorge ab und ist Aufgabe der Länder. Die Betriebskosten zur Finanzierung der Leistungserbringung hingegen werden durch die Krankenkassen aufgebracht. Entscheidend im Hinblick auf die Vorbereitung auf Großschadensereignisse ist hierbei, dass dieses Finanzierungssystem nur die Regelversorgung abdeckt. Personal, Material und Raumbedarf, die zur Vorbereitung auf und zur Bewältigung von Großschadenslagen in zusätzlicher Quantität und Qualität erforderlich sind (Vorhaltung), werden hier nicht berücksichtigt. Damit fehlt die tragfähige Basis für darauf aufbauende Katastrophen- und Zivilschutzplanungen. Da die erforderlichen Ressourcen in der Regelversorgung nur bedingt zum Einsatz kommen, handelt es sich bei der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung letztlich um Vorhaltekosten, deren Finanzie-

rung im derzeitigen System nicht abgebildet ist und die notwendigerweise geregelt werden muss.

Neustrukturierung und Reform der Notfallversorgung in Deutschland

Derzeit gibt es in Deutschland keine gemeinsame sektorübergreifende Planung der Notfallversorgung. Die fehlende Verbindung der 3 Sektoren (Vertragsärztliche Versorgung, Rettungsdienst und Notaufnahmen der Krankenhäuser), die zur Versorgung von Notfallpatienten in Deutschland zur Verfügung stehen, ist nach Einschätzung des Sachverständigenrates eine Ursache für die mangelnde Effizienz des Systems⁹. So kommt es nach dieser Einschätzung in steigendem Maße zu einer Fehlverteilung der Notfallpatienten und einer Überlastung der einzelnen Sektoren durch Patienten, die in einem der anderen Sektoren möglicherweise besser versorgt gewesen wären [9]. Die geplante Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland hat das Ziel, eine bessere Steuerung der Patientenströme und eine medizinisch sinnvolle Verteilung der Notfallpatienten auf das richtige Versorgungslevel zu erreichen¹⁰. Als fachliche Basis dient die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen durch den Sachverständigenrat⁹. Seit Januar 2020 liegt der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung vor¹⁰. Als wesentliche Steuerelemente sind hier die Etablierung eines Gemeinsamen Notfallsystems (GNL), von Integrierten Notfallzentren (INZ) unter Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung und die Aufführung des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment im SGB V zu nennen. Die Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes sind unberücksichtigt. Die Vorbereitung der Krankenhäuser auf Großschadensereignisse bleibt in dem Referentenentwurf gänzlich unerwähnt. Die Vergütungen der erbrachten Leistungen im Rahmen einer Patientenbehandlung wären über die entsprechenden Fallpauschalen abgebildet. Nicht so die Kosten für die zwingend notwendige Finanzierung der Vorhaltekosten. Erschwerend kommt hinzu,

dass die Krankenhäuser, denen kein Standort eines INZ zugesprochen wird, einen Abschlag von 50% bei der Vergütung der erbrachten ambulanten ärztlichen Leistung hinnehmen müssen. Dies wird mittelfristig dazu führen, dass sich die Zahl der Krankenhäuser, die der Notfallversorgung zur Verfügung stehen, deutlich reduzieren wird. Damit gehen Ressourcen der Notfallversorgung, die zur Bewältigung von Großschadensereignissen benötigt werden, verloren; dies ist als kritisch einzustufen.

Auch im G-BA Beschluss zur gestuften Notfallversorgung mit einem Auf- und Abschlagsystem bei fehlenden Struktur- und Organisationselementen sind die Vorhaltekosten für die KAEP nicht abgebildet oder berücksichtigt.

Es ist damit offensichtlich, dass sich die geplanten Reformen ausschließlich auf die Organisation und Finanzierung von Leistungen der Regelversorgung beziehen. Die Finanzierung der Vorhaltungen für Großschadensereignisse sind ausgenommen. Dadurch fehlt die notwendige Basis für darauf aufbauende Planungen für den Katastrophen- und Zivilschutzfall. Es scheint dringend geboten, dass sich Krankenhäuser, Krankenhausträger, G-BA, Kassenärztliche Vereinigung, Gesetzliche und Private Krankenkassen sowie Länder und Bund zu Gesprächen zusammenfinden, um konstruktive Lösungen zur Finanzierung zu erarbeiten. Die Finanzierung muss sowohl für die präklinische als auch die klinische Planung der Vorhaltung zwingend geklärt und in die Reform der Notfallversorgung integriert werden.

KAEP – was soll geplant werden?

Unabhängig davon, wie die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen, Katastrophen oder beispielsweise den Verteidigungsfall ausgestaltet wird, ist vorher zwingend zu klären, von welchem Ausmaß der Vorbereitung und Planung überhaupt auszugehen ist. Die Frage, welche Vorhaltungen Krankenhäuser leisten sollen und welches Schutzziel dabei verfolgt werden soll, ist von entscheidender Bedeutung. Tabelle 1 beschreibt drei Ver-

sorgungslevel in Bezug auf die Verfügbarkeit von Personal, Material und Räumlichkeiten; die Individualversorgung, die limitierte Notfallversorgung und die Krisenversorgung (modifiziert nach ¹¹).

Es stellt sich nun die Frage, für welches dieser Versorgungslevel die Krankenhaus Alarm- und Einsatzplanung in Deutschland ausgelegt sein soll. Ziel muss es sein, durch eine strukturierte KAEP möglichst lange das Versorgungslevel der limitierten Notfallversorgung aufrecht zu erhalten. Wenn man sich auf dieses Ziel festgelegt hat, müssen realistische und zumutbare Planungen und Maßnahmen definiert werden, die geeignet sind dieses Ziel zu erreichen.

Die Vorhaltung für Katastrophen oder den Verteidigungsfall hingegen kann nicht mehr individualmedizinisch gedacht und geplant werden; ab einem bestimmten Schadensausmaß muss vielmehr von einer echten Krisenversorgung ausgegangen werden. Beispiele für solche Lagen sind dynamische Flächenlagen mit Zerstörung der Infrastruktur. Hier ist eine Grenze der sinnvollen Vorbereitung zur Aufrechterhaltung der Individualversorgung erreicht. Dies offen zu diskutieren und dafür einen möglichst breiten Konsens zu erzielen, wäre ein großer Schritt in die richtige Richtung.

Fazit:

1. Um eine sinnvolle Vorhaltung im Rahmen der KAEP zu planen, ist es essentiell sich auf das Versorgungslevel zu einigen, für das diese Vorhaltung ausgelegt sein soll. Dies kann realistisch nur bis zu dem Level der Limitierten Notfallversorgung geleistet werden. Die Vorbereitung innerhalb eines solchen Rahmens muss (in Abhängigkeit von der Art des Krankenhauses) verpflichtend sein, und die Finanzierung muss geregelt sein.
2. Es muss akzeptiert werden, dass es ab einem bestimmten Schadensausmaß eine Reduktion der Versorgungsqualität geben wird. Andernfalls ist eine rea-

listische Vorhaltung nicht zu verwirklichen und nicht finanzierbar! Es muss ebenso akzeptiert werden, dass eine Schadenslage, deren Ausmaß über den o.g. Rahmen hinausgeht nicht mehr unter individualmedizinischen, sondern nur unter katastrophenmedizinischen Gesichtspunkten (nicht das funktionelle Outcome des Einzelnen, sondern das Überleben möglichst Vieler steht im Vordergrund) bewältigt werden kann. Gewohnte und anerkannte medizinische Standards der Regelversorgung müssen unter diesen Umständen verlassen werden, um das Versorgungsziel zu erreichen. Hierüber braucht es einen gesamtgesellschaftlichen Diskurs und eine breite Akzeptanz.

3. Für den unter 1. genannten Rahmen ist eine verbindlich geregelte Finanzierung notwendig. Dies ist im aktuellen Entwurf zur Reform der Notfallversorgung nicht abgebildet. Für die Grundstruktur KAEP, die notwendige Personalausstattung der Planung und für das Level „Limitierte Versorgung“ müssen im Finanzierungssystem der Krankenhäuser Mittel bereitgestellt werden.
4. Die Fähigkeit zur notfallmedizinischen Versorgung sollte in möglichst vielen Krankenhäusern erhalten bleiben, um das Level der Limitierten Notfallversorgung selbst in dynamischen Schadensereignissen mit einer großen Zahl von Patienten und eventuell auch auch mit Schäden an der Infrastruktur zu realisieren.

Quellen:

¹ Haug C.J. *Report from Paris. N Engl J Med* 2015 373:27 2589-2593

² Hirsch M, Carli P, Nizard R, Riou B, Baroudjian B, Baubet T, et al. *on behalf of the health professionals of Assistance Publique_Hôpitaux de Paris (APHP.) The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. The Lancet* 2015; 386:2535-2538

³ Turegano-Fuentes F, Caba-Doussoux P, Jover-Navalon JM, Martin-Perez E, Fernandez-Luengas D, Diez-Valladeres L, et al. *Injury Patterns from Major Urban Terrorist Bombings in Trains: The Madrid Experience. World Journal of Surgery* 2008; 32:1168-1175

⁴ Alwyn C, König TC, Brennan N, Shirly PJ, Davies G, Walsh M, Brohi K. *Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: analysis of triage, surge and resource use after the London bombings on July 7, 2005. The Lancet* 2006; 368:2219-2225]

⁵ Okumara T, Suzuki K, Fukada A, Kohama A, Takasu N, Ishimatsu S, et al. *The Tokyo Sarin Attack: Disaster Management Part 2 – The Hospital Response. Academic Emergency Medicine* 1998 5: 618-624

⁶ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). *Schutz kritischer Infrastruktur: Risikomanagement im Krankenhaus. 1/2012. www.bbkk.de*

⁷ Kippnich M, Kowalzik B, Cermak R, Kippnich U, Kranke P, Wurmb T. *Katastrophen- und Zivilschutz in Deutschland. Anaesthesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 2017; 52: 606-617

⁸ <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/.../konzeption-zivile-verteidigung.pdf>, letzter Zugriff am 24.03.2017

⁹ https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf, letzter Zugriff 02.01.2020

¹⁰ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html>; letzter Zugriff am 14.01.2020

¹¹ Hick JL, Sharon E, Hanfling D, Kissoon N, Dichter JR, Devereaux AV et al. Surge Capacity Principals: Care for the critically ill and injured during pandemics and disasters – CHEST Consensus Statement. *Chest* 2014; 146 (Suppl) e15 –e16s

Individualversorgung	Der Einsatz von Personal und Ausrüstung sowie die Raumnutzung entsprechen den alltäglichen Routineabläufen. Alle drei Komponenten sind in einem ausreichenden Maß verfügbar, um im Rahmen einer besonderen Schadenslage eine normale Patientenversorgung sicherzustellen. Es gelten die üblichen Standards der Regelversorgung.
Limitierte Notfallversorgung	Personal, Ausrüstung und Raumkapazität sind zur Bewältigung einer Schadenslage nicht in ausreichendem Maß vorhanden. Der Einsatz von Personal und Ausrüstung sowie die Raumnutzung entspricht nicht mehr den alltäglichen Routineabläufen. Eine den üblichen Standards entsprechende Patientenversorgung ist nur durch erweiterte Maßnahmen (Etablierung einer Führungsstruktur, Sichtung, Raumordnung, Personalkonzept etc.) aufrechtzuerhalten.
Krisenversorgung	Personal, Ausrüstung und Raumkapazität sind zur Bewältigung einer Schadenslage nicht ausreichend, um eine den Standards der Regelversorgung entsprechende Patientenversorgung zu gewährleisten. Auch erweiterte Maßnahmen sind hierfür nicht ausreichend. Die Versorgung des einzelnen Patienten wird eingeschränkt, um möglichst vielen Menschen das Überleben zu ermöglichen. Die Behandlung findet nicht mehr unter individualmedizinischen Gesichtspunkten statt; nicht das funktionelle Outcome des Einzelnen, sondern das Überleben möglichst Vieler steht nun Vordergrund.

Tabelle 1: Stufen der Versorgung im Großschadensfall oder Katastrophe (modifiziert nach [11]):

Wie gut kann man auf das Udenkbare vorbereitet sein?

Tino Sorge MdB

Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, Berichterstatter für Digitalisierung & Gesundheitswirtschaft



Da die Mittel in unserem beitrags- und steuerfinanzierten System endlich sind, müssen wir uns ehrlicherweise fragen, wie viel uns die Vorsorge vor Großschadensereignissen wert ist. Wie viel Geld wollen wir als Gesellschaft dafür ausgeben, bestmöglich vorbereitet zu sein? Dazu wünsche ich mir eine Debatte, die über das aktuelle Reformgesetz hinausreicht. In der Frage der Pflegeversorgung hat sie uns gut getan.

Kaum ein gesundheitspolitisches Feld erscheint uns so existenziell wie die Notfallversorgung, geht es dort schließlich nicht etwa um planbare Eingriffe, sondern um die Versorgung jener Menschen, die zuweilen dem Tod näher sind als dem Leben. Es ist daher gut und richtig, dass wir die zugrundeliegenden Strukturen von Zeit zu Zeit auf den Prüfstand stellen.

Ein guter erster Schritt

Mit der Reform der Notfallversorgung werden wir uns von der starren Trennung zwischen 112 und 116 117 verabschieden. Es ist höchste Zeit für gemeinsame Notfallsysteme, die nicht nur Hilfe in die Wege leiten, sondern dabei auch eine sinnvolle Einstufung veranlassen, welcher Versorgungspfad für den Betroffenen am geeignetsten ist: die Notfallversorgung vor Ort, eine Rettungsfahrt, eine telemedizinische Behandlung oder ein Hausbesuch durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Ebenso überfällig ist die Einführung integrierter Notfallzentren, die den immer öfter überfüllten Notaufnahmen der Kliniken vorgeschaltet werden. Denn es kann nicht sein, dass Patienten ohne Steuerung oder Sichtung in jene Strukturen strömen, die per Definition nur für besonders schwere und dringliche Fälle vorgesehen sind. Bagatelldfälle und all jene Patienten, denen viel besser im ambulanten Bereich geholfen werden könnte, benötigen in ihrem eigenen Interesse eine Anlaufstelle außerhalb des Krankenhauses. Das gilt im Übrigen auch für das medizinische Personal vor Ort.

Nicht zuletzt wollen wir als Gesetzgeber, dass Leistungen der medizinischen Notfallrettung – also beispielsweise Rettungsfahrten – eigenständige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Unnötige Leerfahrten ins Krankenhaus müssen ein Ende haben. Die hochgradig anspruchsvolle Versorgung, beispielsweise am Ort eines schweren Verkehrsunfalls, hat sich in den vergangenen Jahren stetig weiterentwickelt und professionalisiert. Sie muss angemessen vergütet werden.

Alles in allem wird die Reform der Notfallversorgung darum ein guter erster Schritt sein, um einigen der drängen-

den Probleme in der heutigen Versorgungsrealität zu begegnen: der Überfüllung der Notaufnahmen vor allem in Großstädten, den Parallelstrukturen in ambulanter und stationärer Versorgung, der dezentralen Steuerung im Moment des Notrufs, aber auch finanziellen Fehlanreizen bei den Leistungen des Rettungsdienstes.

Und was ist mit Großschadensereignissen?

Neben der „alltäglichen“ Notfallversorgung erscheint der Bereich der Großschadensereignisse in der Debatte oft als blinder Fleck. Dabei geht es dort nicht mehr um die Schlaganfall-Versorgung oder den Motorradunfall. Sondern es geht – nach DIN leicht formalistisch definiert – um Ereignisse „mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen und/oder erheblichen Sachschäden“.

Da werden Erinnerungen wach an die ICE-Katastrophe in Eschede, an das Love-Parade-Unglück in Duisburg oder an den Weihnachtsmarkt-Anschlag in Berlin. Bei solchen Szenarien ist nicht mehr die Rede von der bestmöglichen Versorgung eines Patienten, sondern der wenigstens lebenserhaltenden Versorgung dutzender oder hunderter. Dabei muss sich die Gesundheitspolitik eine Reihe übergreifender Fragen stellen. Wie gut sind unsere Strukturen der Notfallversorgung für solche Großlagen aufgestellt? Wo müssen wir besser werden? Vor allem aber: Wie gut kann man sich auf das nahezu Udenkbare überhaupt vorbereiten? Staat und Politik werden von den Bürgern als Garant für solche Fragen der Daseinsvorsorge wahr- und zurecht auch in die Pflicht genommen.

Unsere Möglichkeiten sind begrenzt

Klar sein muss uns aber, dass die Komplexität möglicher Großschadensereignisse stets größer sein wird als die Möglichkeiten, sich vorzubereiten. Wir müssen uns also der Grenzen dessen bewusst sein, was wir an Vorsorgemaßnahmen stemmen können. Zu vielfältig und unberechenbar sind die Risiken – und leider auch die kriminelle Energie – in unserer hochtechnisierten, verletzlichen Ge-

sellschaft, als dass wir uns für alle Notfallszenarien wappnen könnten.

Die gute Nachricht: Heutzutage tun wird das, gerade auch im Vergleich mit anderen Industrienationen, bereits sehr gut. In unseren Großstädten, aber auch in den ländlichen Räumen gibt es Notfallpläne, eingeübte Führungsstrukturen und Abläufe für ein inzwischen sehr breites Spektrum von Großschadensereignissen – vom Flugzeugabsturz bis zum Stadionanschlag. Man erinnere sich an die Absage des Fußball-Länderspiels in Hannover 2015, weil ein Bombenanschlag auf das Stadion befürchtet wurde: Der Satz des damaligen Innenministers Thomas de Maizière „Ein Teil dieser Antworten würde die Bevölkerung verunsichern“ wurde an jenem Abend belächelt. Dass die Evakuierung und viele andere Sicherheitsmaßnahmen aber vorbildlich abliefen, fand nur wenig Beachtung.

Dennoch: In einigen Bereichen können wir noch besser werden. Als Berichterstatter der CDU/CSU-Fraktion für Digitalisierung im Gesundheitswesen sind mir drei Punkte wichtig:

I. Verfahren zur Alarmierung beschleunigen

Am Abend des Anschlages am Berliner Breitscheidplatz ging der erste Notruf um 20:04 Uhr ein. Um 20:07 Uhr wurde ein „Massenanfall von Verletzten“ (MANV) festgestellt, um 20:09 Uhr die Lage von der Polizei als Terror eingestuft. Doch erst um 20:44 Uhr ging bei der Charité das Fax (!) mit dem entsprechenden Voralarm und Handlungsempfehlungen ein. Grund dafür waren technische Probleme, die zu einem deutlich verzögerten Versand führten. So mussten alle 39 Berliner Kliniken abtelefoniert werden, und die ersten Terroropfer wurden irrtümlich sogar als „Unfallopfer“ eingeliefert.

Das zeigt: Die Verfahren zur Alarmierung, gerade in der goldenen ersten Stunde, müssen so straff und praktikabel wie möglich ausgestaltet und vernünftigerweise digitalisiert sein. Apps wie „Katwarn“ zeigen, dass das machbar ist. Übrigens: Viel schneller als jedes Fax hatte sich die Mehrheit der Charité-Mitarbeiter in den entscheidenden Minuten über WhatsApp-Gruppen organisiert. Die

meisten von ihnen befanden sich schon auf dem Weg zur Klinik, bevor der offizielle Alarm dort überhaupt eingegangen war.

II. Die Kommunikation der Rettungskräfte modernisieren

Beim ICE-Unglück in In Eschede 1998 mussten die Rettungskräfte noch die Festnetztelefone nahegelegener Privathaushalte anzapfen, weil Behördenfunk und privater Mobilfunk in den damaligen Strukturen schlagartig überlastet waren. Behelfsweise mussten sogar „Melder“ eingesetzt werden, um Informationsflüsse sicherzustellen. Man mag vermuten, über zwanzig Jahre später wäre ein solches Szenario undenkbar. Leider aber ist die Breitbandabdeckung in ländlichen Räumen immer noch ungenügend. Gleichzeitig werden trotz Digitalfunks der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben immer noch viele Absprachen zwischen Einsatzkräften per Mobiltelefon getätigt – beispielsweise die Ankündigung eines Patienten beim Krankenhaus, gern auch die Vorabsprachen zwischen Notarzt (unterwegs) und Ärzten in der Klinik.

Auch die Übertragung von Notfalldaten wird perspektivisch eine stabile mobile Internetverbindung erfordern. Es muss unser Ziel sein, ein schnelles und verlässliches Mobilfunknetz auch in entlegenen Gegenden sicherzustellen; in erster Priorität für Rettungs- und Sicherheitskräfte, nachgelagert auch für Privathaushalte und die Wirtschaft.

III. Freiwillige und Ersthelfer besser einbinden

Die annähernd flächendeckende Verbreitung von Smartphones bringt neue Möglichkeiten zur Einbindung von Ersthelfern mit sich. Ein Beispiel: das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt „Automatisiertes Helferangebot bei Großschadensereignissen“ (AHA). Dabei handelt es sich um eine App, mit der registrierte Freiwillige in der Nähe eines Notfallortes gezielt alarmiert werden können, falls die Feuerwehrleit-

stelle feststellt, dass der Rettungswagen deutlich länger braucht als gewöhnlich. Dieser Fall kann eintreten, wenn eine Vielzahl von Rettungskräften durch an Großschadensereignis an anderer Stelle gebunden ist.

In einem solchen Szenario könnte beispielsweise eine Arzthelferin, die sich mit ihren Qualifikationen zuvor registriert hat, per App über Ort und Art des Notfalls informiert werden (zum Beispiel: kollabierte Person, 500 Meter entfernt). Sie könnte den „Einsatz“ annehmen und sich auf den Weg machen. So ließen sich Hilfsfristen verkürzen und Wartezeiten überbrücken.

Zwischen Ordnungs- und Finanzpolitik

Die genannten drei Felder zeigen, dass wir bei der Vorsorge vor Großschadensereignissen durchaus noch besser und moderner werden können. Damit verbunden sind aber auch ordnungspolitische Fragen. Welche Kompetenzen, welche Finanzierungshoheiten und Mitspracherechte soll der Staat haben; vor allem: welche der Bund, welche die Länder? Was überlassen wir dem privaten, freiwilligen und ehrenamtlichen Bereich? Welche Rolle haben zukünftig Organisationen wie das Deutsche Rote Kreuz? Nicht zuletzt werden wir den Mut brauchen, unangenehme finanzielle Fragen zu besprechen. Gern wird gesagt: Bei Lebensrettung und Gesundheitsversorgung darf Geld keine Rolle spielen. Doch so ist es leider nicht. Da die Mittel in unserem beitrags- und steuerfinanzierten System endlich sind, müssen wir uns ehrlicherweise fragen, wie viel uns die Vorsorge vor Großschadensereignissen wert ist. Wie viel Geld wollen wir als Gesellschaft dafür ausgeben, bestmöglich vorbereitet zu sein? Dazu wünsche ich mir eine Debatte, die über das aktuelle Reformgesetz hinausreicht. In der Frage der Pflegeversorgung hat sie uns gut getan.



Reform der Notfallversorgung – eine Chance für den Blick aus der Patientensicht

Mario Czaja

Präsident Berliner Rotes Kreuz e.V.



Henning Schacht | berlinpressphoto

„112 – und niemand hilft“, so lautete vor einigen Jahren eine viel zitierte Studie über den erwarteten Pflegekräftemangel. Heute sind viele Teile der damals aufgezeigten Szenarien bereits bittere Realität – und dies selbst in Berlin. Die anstehende Reform muss diese Probleme adressieren.

Medienberichte mehren sich darüber, dass Operationen abgesagt werden müssen, weil die pflegerische Versorgung vor, während und nach einem Eingriff nicht gewährleistet werden könne, oder dass ganze Stationen wegen fehlenden Pflegepersonals gesperrt würden. Es dauere mittlerweile mehr als fünf Monate, eine freie Stelle in der Pflege zu besetzen, ist aus den Fachgesellschaften zu hören.

Dieser Pflegekräftemangel wird weiter steigen, wenn wir nicht gegensteuern und er gilt leider auch für die Notfallversorgung. Oft muss länger als gesetzlich vorgesehen auf einen Notarzt gewartet werden, niedergelassene Ärzte haben zu selten Zeit für Hausbesuche und Notfallprechstunden und falsche Zuweisungen sind oft systemimmanent. Der Streit um den richtigen Finanzierungstopf verhindert noch zu oft die sektorübergreifende Zusammenarbeit, obwohl Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit gerade in Zeiten des Personal Mangels so notwendig wären.

Die Notaufnahmen in Krankenhäusern sind überlastet. Das spüren nach aktuellen Studien über 90 Prozent der Bevölkerung. Dennoch würde mehr als die Hälfte der Menschen auch weiterhin in eine Notaufnahme im Krankenhaus gehen, wenn sie unsicher über die Folgen einer Erkrankung bzw. Verletzung wären oder ihre Arztpraxis bereits geschlossen hätte.

Auch in Berlin stehen wir zudem vor den Herausforderungen einer alternden Bevölkerung. Nach den letzten Zahlen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg stellen die Über-65-Jährigen schon heute die mit Abstand größte Bevölkerungsgruppe. Dazu lebt dort in beinahe jedem zweiten Haushalt nur noch eine Person. Das bedeutet für einen Großteil der Bevölkerung, dass im Ernstfall niemand zur Stelle ist, der sofort helfen kann. Eine deutliche Verlängerung der Rettungskette ist die Folge.

Wir müssen sozialraumorientiert helfen und auf die konkreten Bedürfnisse der Menschen eingehen – und zwar dort wo sie leben. Die Berliner brauchen ein System, auf das sie sich verlassen können.

Die Feuerwehr ist für Notfälle da, vom Brand bis zur Katze auf dem Dach. Das kann die Feuerwehr. Dass die Feuerwehr-Einsatzzentrale aber weiterhin der richtige Ort ist, wenn es um die Steuerung der schnellen medizinischen Hilfe geht, bezweifle ich. Von den Anrufen unter der Notrufnummer 112 sind nur rund 20 Prozent wirkliche Notfälle. 80 Prozent der Anrufer sind nicht akut hilfebedürftig, sie haben Fragen zu den unterschiedlichsten Themen.

Wir brauchen also eine Stelle, wo alle Informationen zusammenlaufen, wo den Bürgerinnen und Bürgern die Hilfeleistung angeboten werden kann, die sie wirklich brauchen. Denn deren Bedürfnisse können sehr unterschiedlich sein, da es in Berlin nicht nur urbane Strukturen gibt, sondern auch Gebiete mit dörflichem Charakter. Da haben die Menschen einfach unterschiedliche Anliegen.

Und die Steuerung schneller medizinischer Hilfeleistung muss wieder dem Grundsatz ambulant vor stationär folgen. Dafür ist es richtig, dass die Telefonnummer der Kassenärztlichen Vereinigung 116117 und die 112 in einer Leitstelle münden. Dies muss jedoch auch dazu führen, dass sowohl ambulante als auch stationäre Strukturen vorhanden sind und eigeninteressenfrei angeboten werden können. Den Hilfsorganisationen könnte hier eine maßgebliche Rolle gegeben werden.

Das Deutsche Rote Kreuz kann helfen, Notfälle zu vermeiden oder frühzeitig zu erkennen – z. B. durch eine breite Ausbildung der Bevölkerung in Selbst- und Nachbarschaftshilfe sowie Erster Hilfe bzw. durch das Engagement von Ehrenamtlichen. Die Versorgungsstrukturen vor unnötigen Nutzungen zu bewahren, ist eine der zentralen Aufgaben, die aber von der bisherigen Reformkonzeption nicht ausreichend angegangen wird.



Foto: Jörg F. Müller / DRK

Zudem darf die Reform der Notfallversorgung nicht unabhängig von einer Reform des Finanzierungssystems der Notfallversorgung durch die Krankenkassen geführt werden. Niedergelassene Ärzte und Kliniken müssen gleichermaßen ihrer Verantwortung nachkommen. Dafür bedarf es einer besseren Verankerung der Portalpraxen, mindestens in den Städten sind die Klinikstandorte dafür prädestiniert.

Schon diese wenigen Schlaglichter machen deutlich, und dabei habe ich das Thema Beitragssatzstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung noch gar nicht einbezogen, dass die Notfallversorgung in Deutschland – und auch in Berlin – vor erheblichen Herausforderungen steht.

Dies wird durch die Digitalisierung noch einen zusätzlichen Schub erhalten. Damit verbunden sind neue Arten des Informationsaustauschs, schnellere und verlässlichere Diagnosen und neue Formen der ortsunabhängigen Gesundheitskontrolle.

Auch muss der latenten Gefahr einer Epidemie bzw. Pandemie ein Mindestmaß an Vorbereitung entgegengesetzt werden. Die Experten sind sich heute einig, dass es selbst bei der saisonalen Grippe nicht mehr um die Frage geht, ob sie sich zu einer großen Gesundheitslage auswächst, sondern sich nur noch die Frage stellt, wann dies passieren wird. Auch die Frage nach der Bewältigung einer Lage mit neuen oder modifizierten Coronaviren, wie gerade erst



Foto: Jörg F. Müller / DRK

wieder in China entdeckt, rückt in den Fokus. Für einen großen urbanen Ballungsraum wie Berlin kann dies nur bedeuten, mögliche Auswirkungen zu analysieren und Ableitungen für die eigene Vorbereitung und das eigene Handeln vorzunehmen und notwendige Rechtsgrundlagen dafür, wenn nötig, anzulegen.

Aber ist es für die Hauptstadt damit wirklich ausreichend, im engen Korridor des Gesundheitsressorts lediglich die bestehenden Systeme der Alltagsversorgung zu optimieren? Gleichzeitig ist zu diskutieren, ob in der Überwindung von Sektorengrenzen sowie der Schaffung eines eigenständigen Leistungsbereichs für den Rettungsdienst die größtmögliche Lösung zu sehen ist. Für das Deutsche Rote Kreuz in Berlin ist die Einbeziehung der Themen Ehrenamt und Großschadensereignisse aus den oben genannten Gründen mindestens genauso wichtig. Zum einen könnten belastbare Strukturen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe entstehen und dadurch die Fallzahlen reduziert werden. Zum anderen müssen zum Beispiel Epide-

mien oder die Gefahr durch Terrorlagen, wie etwa 2016 in Berlin, Teil der Bedrohungseinschätzung und damit zwingender Teil der Daseinsvorsorge sein.

Wenn es also der politische Wille ist, die Notfallversorgung umfassend zu reformieren und schnellere Hilfe im Notfall zu gewährleisten, dann greift die reine Alltagsperspektive viel zu kurz. Notfälle finden nicht nur im Alltag, in ortsfesten Einrichtungen und im individualmedizinischen Maßstab statt, sondern auch in Krisen und in Katastrophenfällen. Aus unserer Sicht trägt der bisherige Ansatz dem erforderlichen, ressortübergreifenden Gedanken nicht genügend Rechnung.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Prof. Ferdinand Gerlach, kürzlich im Gespräch mit dem Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung in Berlin betonte, dass das wichtige Thema Großschadensereignisse, wie etwa durch Terror-

lagen, im Rahmen der gutachterlichen Analysen und Empfehlungen zur Reform der Notfallversorgung nicht Teil der Beauftragung gewesen ist. Da die Überlegungen des BMG diese Analysen und Empfehlungen zur Grundlage haben, ist eben auch dieses Defizit übernommen worden.

Die hierfür maßgeblichen strategischen Schutzziele wurden bereits 2016 in der Konzeption Zivile Verteidigung (KZV) festgeschrieben. Besonders zu nennen sind hier die Sicherstellung des Überlebens der Bevölkerung und der Erhalt der Funktionsfähigkeit der lebens- und verteidigungswichtigen Einrichtungen und Anlagen. Nicht nur für Berlin sind daher Gesundheit und Sicherheit die Kernbereiche einer umfassenden Notfallversorgung.

Dies sei an zwei Beispielen kurz belegt: Bei Terrorlagen, wie etwa am Breitscheidplatz im Dezember 2016, ist stets mit mehreren Anschlagsorten in zeitlicher und räumlicher Nähe zu rechnen, während die rettungsdienstlichen Regelaufgaben weiterlaufen. Um überhaupt auf neue Lagen reagieren zu können, braucht der Rettungsdienst Reserven an Personal und Fahrzeugen. Gleichzeitig ist zu vermeiden, alle verfügbaren Kräfte direkt zur ersten Einsatzstelle zu schicken, da eine große Ansammlung von Rettungsfahrzeugen im öffentlichen Raum ebenfalls Anlass für einen weiteren Anschlag geben könnte.

Das zweite Beispiel ist die Pandemie, wie sie in der Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 (Bundestags-Drucksache 17/12051) für einen modifizierten SARS-Erreger dargelegt ist. In dieser Lage stünden in einer ersten Welle bundesweit vier Millionen krankenhauspflichtige Erkrankte der aktuellen Kapazität von 500.000 Betten gegenüber. Das bedeutet, dass Erkrankte zuhause und in Notlazaretten versorgt werden müssten. Personalausfälle im Gesundheitswesen durch Eigenbetroffenheit bei gleichzeitig deutlich erhöhtem Personalbedarf träten hinzu. Außerdem ist fraglich, ob Arzneimittel, Medizinprodukte, Desinfektionsmittel und persönliche Schutzausrüstungen schnell nachgeliefert werden können.

Letztlich befinden sich besonders die Mitarbeitenden der Notfallversorgung immer dann in Gefahr, wenn Gesundheitsleistungen knapp werden. Dies zeigen Erfahrungen, die unsere internationalen Schwestergesellschaften in der Rotkreuz-/Rothalbmond-Bewegung schon lange machen.

Eine Reform der Notfallrettung ist notwendig. Das Deutsche Rote Kreuz tritt aber jeglicher Tendenz entgegen, den Rettungsdienst ausschließlich als medizinische Leistung dem Gesundheitswesen zuzuordnen. Die Verknüpfung von Rettungsdienst und Gefahrenabwehr darf nicht verloren gehen. Für uns ist und bleibt der Rettungsdienst auch die Speerspitze des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes. Wir wollen nicht, dass der Rettungsdienst kommerzialisiert wird; wir wollen nicht, dass das DRK wie ein profitorientierter Anbieter im Wettbewerb gesehen wird. Wir sind nicht gewinnorientiert, wir benötigen lediglich den Ausgleich unserer Aufwendungen. Die Hilfsorganisationen können vielmehr wesentlich dazu beitragen, dass die Perspektive des Bevölkerungsschutzes und der Patientenversorgung frei von Einnahmeinteressen bei der Notfallrettung im Mittelpunkt stehen.

Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) will die Notfallversorgung reformieren, um Krankenhäuser zu entlasten. Unter anderem sollen neue Leitstellen eingerichtet werden. Ziel ist es, dass Notfallambulanzen der Krankenhäuser, die Rettungsdienste und die Bereitschaftsdienste der Ärzte über ein gemeinsames Notfallsystem erreichbar sind. Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung liegt seit Mitte Januar vor.

Mehr Vernetzung für unverzügliche Hilfe im Notfall

Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB

Obfrau der Grünen-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit des deutschen Bundestags



Eine Reform der Notfallversorgung in Deutschland ist überfällig. Der Entwurf aus dem Hause Spahn wird den eigentlichen Herausforderungen aber kaum gerecht. Großer Nachbesserungsbedarf zeigt sich vor allem bei der Ausgestaltung der Integrierten Notfallzentren und des Gemeinsamen Notfallleitstellensystems. Die Neuordnung des medizinischen Rettungsdienstes ist in den Grundzügen richtig, hier bedarf es aber weiterer Maßnahmen, um diesen sowie die weiteren Blaublichtorganisationen fit für die Zukunft zu machen.

Seit Jahren kommen zunehmend PatientInnen in die Notaufnahmen von Kliniken, die keiner stationären Behandlung bedürfen und denen in einer niedergelassenen Praxis genauso gut hätte geholfen werden können. Das Nebeneinander von Arztpraxen, kassenärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen ist für PatientInnen unübersichtlich und macht es ihnen schwer, das für sie passende Versorgungsangebot zu finden. Die hohe Inanspruchnahme der Notaufnahmen resultiert auch aus dem regional sehr unterschiedlichen Versorgungsangebot: stellenweise gibt es keine festen Anlaufpraxen oder nur eingeschränkte Öffnungszeiten. Bei den niedergelassenen ÄrztInnen ist die Teilnahme am Bereitschaftsdienst wenig beliebt. Die Notaufnahmen klagen ebenfalls über Probleme: knapp ein Drittel der Kliniken verfügt über keine Zentrale Notaufnahme, in der die PatientInnen gezielt in die jeweiligen Behandlungswege geleitet werden können. Rund ein Drittel der Kliniken hat zudem kein Triage-System etabliert, um die Behandlungsdringlichkeit ihrer PatientInnen systematisch einzuschätzen. In den Kliniken gilt die Tätigkeit in den Notaufnahmen wegen der mangelnden Relevanz für die Facharztausbildung und fehlender Möglichkeit einer Zusatzqualifikation unter den Beschäftigten häufig als „notwendiges Übel“; immer wieder werden dort wenig erfahrene Assistenzärztinnen ohne ausreichende Betreuung im Hintergrund eingesetzt. Kurzum: Eine Reform der Notfallversorgung in Deutschland ist überfällig.

Es ist daher zu begrüßen, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) nun einen Referentenentwurf vorgelegt hat und den jahrelangen Stillstand bei der Reform beheben will. Es gibt jedoch eine Reihe guter Gründe, den Entwurf aus dem Hause Spahn zu kritisieren und eine gründliche Überarbeitung zu fordern. Dazu gehört, dass weiterhin kein klar verständliches Angebot aus einer Hand geschaffen wird. Von der langfristigen Schaffung einer Nummer – wie es zum Beispiel der Sachverständigenrat Gesundheit fordert – steht im Entwurf des BMG bisher nichts. Stattdessen soll an zwei Rufnummern – der 112

und der 116 117 – festgehalten werden. Diese sollen zwar künftig miteinander kooperieren, bleiben aber weiterhin weitestgehend unabhängig voneinander. Es ist nicht erkennbar, wie hier ein funktionierendes „Gemeinsames Notfalleitstellensystem“ (GWL) etabliert werden soll, das seinen Namen verdient. Es kann zudem nicht im Sinne einer abgestimmten Notfallversorgung an den Kliniken sein, die fachliche Leitung der neu zu gründenden „Integrierten Notfallzentren“ (INZ) per se den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen. Wenn medizinische Leistungen in einem vom Krankenhaus mitverantworteten Bereich erbracht werden, müssen die Kliniken selbstverständlich über die weitere Versorgung der PatientInnen mitentscheiden. Nur so kann eine abgestimmte Versorgung sichergestellt und potentiellen Fehlanreizen entgegengewirkt werden. Solange kein echter gemeinsamer Tresen in den INZ eingeführt wird, verstärkt Spahns Vorschlag die Sektorgrenzen unnötig zulasten der PatientInnen. Um tatsächlich eine wirksame Verbesserung der Notfallversorgung zu erreichen, ist die Etablierung eines gemeinsamen Tresens essentiell. Nicht zuletzt muss das BMG klarstellen, dass auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) bei der Finanzierung ihren Teil leisten müssen – hierüber findet sich im Referentenentwurf bisher kein Wort.

Nicht zuletzt aufgrund dieser Halbherzigkeit in Bezug auf die Ausgestaltung der INZ und des GNL liegen die wohl bedeutsamsten Veränderungen des Referentenentwurfs in der Neuordnung des medizinischen Rettungswesens der Länder. Hier kommt das BMG den jahrelangen Forderungen der Länder nach und schlägt die Schaffung eines eigenen Leistungsbereichs für die medizinische Notfallrettung im Fünften Sozialgesetzbuch vor. Der Rettungsdienst wäre fortan keine reine Transportleistung mehr, medizinische Versorgungsleistungen vor Ort könnten endlich unabhängig von einer Beförderungsleistung über die Gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden. Dies ist ein richtiger Schritt, um unnötige Rettungsfahrten in die nächste Notaufnahme zu verhindern und eine be-

darfsgerechte Versorgung der PatientInnen am Unfallort zu gewährleisten. Die Unterscheidung zwischen Vorhalte- und Betriebskosten kann darüber hinaus zu mehr finanzieller Stabilität des Rettungswesens beitragen. Hier muss allerdings sichergestellt werden, dass keine Seite – weder die Länder noch die Krankenkassen – sich auf Kosten der jeweils anderen einen schlanken Fuß macht. Die Bedeutung eines funktionierenden Rettungsdienstes wird insbesondere dann deutlich, wenn wir uns der Zunahme klimabedingter Katastrophen und dem daraus resultierenden steigendem Risiko großer Schadenslagen auch hierzulande vergegenwärtigen. Die Klimakrise und die stark steigenden wetterbedingten Einsätze stellen die vornehmlich freiwillig engagierten Angehörigen der Hilfsorganisationen, Feuerwehren oder des Technischen Hilfswerks vor große Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund benötigen wir resiliente Systeme und vernetzte Strukturen zwischen Rettungsdienst und Zivil- und Katastrophenschutz. Die Neuordnung und eine damit verbundene wirtschaftliche Sicherstellung des Rettungsdienstes ist dazu ein wichtiger Schritt – weitere wirksame Schritte sind in diesem Zusammenhang allerdings unerlässlich. In Deutschland liegt der Katastrophenschutz in der Verantwortung der Länder. Für die Feuerwehren sind die Kommunen zuständig. Nur im Verteidigungsfall wechselt die Zuständigkeit zum Bund. Katastrophen enden aber nicht an Verwaltungsgrenzen. Aufgrund der Komplexität der Katastrophenfälle brauchen wir darum eine Modernisierung dieses antiquierten Systems. Der Bund muss auch seinen Beitrag im Katastrophenschutz leisten können. So sollte der Bund die Länder zum Beispiel im Rahmen des ergänzenden Katastrophenschutzes bei der Ausstattung und Ausrüstung zügig und verlässlich bei der Beschaffung von Fahrzeugen unterstützen. Im Rahmen der Krankenhausplanung stehen die Länder zudem in der Verantwortung, einzelnen Krankenhäusern eine Vorhaltung von Überkapazitäten zu ermöglichen, um eine adäquate Versorgung im Großschadenfall zu gewährleisten. Voraussetzung dafür ist auch die Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle.

Bereits jetzt leistet das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenschutz (BBK) hervorragende Arbeit in der Analyse von Risiken und in der Vernetzung relevanter Akteure. Diese Funktion muss gestärkt und ausgebaut werden. Das BBK muss zukünftig eine Zentralstellenfunktion bekommen, wie wir sie zum Beispiel vom Bundeskriminalamt kennen. Durch diese Funktion könnte es als Schnitt- und Vernetzungsstelle dienen, Kapazitäten bündeln und eine EU-weite oder länderübergreifende Zusammenarbeit im Schadensfall koordinieren. Dadurch könnte gewährleistet werden, dass die Hilfe schnell dort ankommt, wo sie benötigt wird. Das BBK muss bei besonders großen Schadenslagen auch unmittelbar diese Aufgabe übernehmen können. Der aktuellen Zumutung, BürgermeisterInnen und LandrätInnen bei der Bewältigung dieser Aufgabe alleine zu lassen, muss abgestellt werden.

Vergangene Großschadenereignisse wie die Waldbrandperiode 2017 haben gezeigt, dass nationale Ressourcen schnell ausgeschöpft sein können. Der europäische Katastrophenschutz muss daher gestärkt werden. Die Europäische Kommission hat unlängst den Aufbau gemeinsamer europäischer Reserven, der „rescEU“, vorgeschlagen, die zunächst von der Bundesregierung abgelehnt wurden. Die europäischen Reserven sollen unter anderem Löschflugzeuge für die Waldbrandbekämpfung aus der Luft umfassen und besonders betroffenen Ländern zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sollen auch andere Spezialfähigkeiten, wie Hochleistungspumpen für Überschwemmungen oder spezielle Ausrüstungsgegenstände für Chemieunfälle, europäisch vorgehalten werden. Die Bundesregierung darf hier nicht länger blockieren, sondern muss nun intensiv prüfen, welche Fähigkeiten sie in diesem Rahmen einbringen kann und welche Kapazitäten in Deutschland zukünftig vorgehalten werden müssen. Denn die gegenseitige Unterstützung im Katastrophenfall ist gelebte Solidarität innerhalb der europäischen Familie. Im Katastrophenfall stehen die überwiegend ehrenamtlichen Helfer der privaten Hilfsorganisationen und der be-

hördlichen Einrichtungen für den Schutz der Bevölkerung zur Verfügung. Das freiwillige Engagement ist das Rückgrat des Katastrophenschutzes, denn über 90 Prozent der Mitglieder der „Blaulichtorganisationen“ sind ehrenamtlich tätig. Sie übernehmen Aufgaben wie das Löschen von Bränden, das Versorgen von verletzten Personen oder sind im Einsatz gegen Hochwasser. Dieses Engagement muss gesichert und gestärkt werden. So könnten zum Beispiel für Technik- und Führungslehrgänge Zertifikate ausgestellt werden, die für Berufsausbildungen anerkannt werden. Des Weiteren sollte eine langjährige aktive Mitgliedschaft als Wartesemester für das Studium angerechnet werden. Nicht zuletzt wäre die Einführung einer bundesweit gültigen Ehrenamtskarte, die zum Beispiel Ermäßigungen für öffentliche Schwimmbäder oder beim Eintritt in Bundeseinrichtungen vorsieht, eine Möglichkeit das Engagement zu würdigen.



Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB

Obmann der FDP-Bundestags-
fraktion im Ausschuss für
Gesundheit des Deutschen
Bundestag



Die Notfallversorgung ist dringend reformbedürftig. Ziel muss sein, für den medizinischen Notfall eine bedarfsgerechte, moderne, zukunftsfeste, transparente und minimalbürokratische Versorgung der Bevölkerung auf einem hohen Qualitätsniveau überall in Deutschland zu gewährleisten. Dazu müssen die beteiligten Versorgungsbereiche zusammen gedacht, maximal miteinander verzahnt und vernetzt werden. Der Bund muss endlich ein umfassendes Mitspracherecht im Rettungsdienst und im Krankenhauswesen erhalten.

In Deutschland sind an der Notfallversorgung mit dem Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Vertragsärzte, den Notaufnahmen der Krankenhäuser und dem Rettungsdienst gleich drei Versorgungsbereiche beteiligt, für die jedoch jeweils unterschiedliche gesetzgeberische Zuständigkeiten und rechtliche Vorgaben für deren Strukturen, Planung, Finanzierung und Leistungserbringung gelten. Dadurch wird eine in Deutschland historisch gewachsene starre institutionelle Trennung aufrechterhalten, die insbesondere an den Grenzbereichen der Sektoren zu Reibungsverlusten und standespolitischen Kämpfen führt und für die Patienten völlig unverständlich ist.

Trotz der Bemühungen um eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung in der Vergangenheit muss festgestellt werden, dass die Patienten auch weiterhin in medizinisch unkritischen Situationen häufig die Notaufnahmen der Krankenhäuser oder auch den Rettungsdienst in Anspruch nehmen. Die Gründe hierfür sind in der mangelnden Gesundheitskompetenz der Patienten über die vorhandenen medizinischen Versorgungspfade, aber auch in einem veränderten Patientenverhalten sowie der Erwartung einer besseren und schnelleren Versorgung in den Notaufnahmen zu suchen. Eine Steuerung der Patienten in die individuell bedarfsgerechte Versorgungsstruktur existiert vielfach nicht. Ohne Lotsen im System hängt die Entscheidung, in welchem Versorgungsbereich die Patientinnen und Patienten behandelt werden, nicht von ihren tatsächlichen medizinischen Bedürfnissen, sondern noch immer von ihrer eigenen Einschätzung, ihren Erwartungen und Wünschen ab.

Die Folgen sind hinlänglich bekannt: Die Krankenhäuser, deren Aufgabe vor allem in der Sicherstellung der Notfallversorgung schwer Erkrankter besteht, sehen sich in ihren Notaufnahmen vielfach Patienten gegenüber, die zu einem beträchtlichen Umfang im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung behandelt werden könnten. Lange Wartezeiten und die Überlastung des Krankenhauspersonals führen zu Unmut sowohl auf Seiten der Patienten als

auch auf Seiten der ärztlichen und nichtärztlichen Kräfte in den Krankenhäusern. Hinzukommt, dass sich für Krankenhäuser die ambulante Notfallversorgung überwiegend wirtschaftlich als defizitär darstellt, wenn Patienten nicht stationär aufgenommen werden.

Auch der Rettungsdienst in Deutschland steht aktuell vor gewaltigen Herausforderungen: Steigende Einsatzzahlen bei wachsendem Personalmangel und ein Flickenteppich mit erheblichen Unterschieden in den Rahmenbedingungen der Notfallversorgung, nicht nur zwischen den einzelnen Ländern sondern gar zwischen Regionen. Obwohl mit der Schaffung des Notfallsanitätärgesetzes in der 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages die bundesweite Modernisierung und Vereinheitlichung der Ausbildung angestrebt war, müssen wir noch heute das Fehlen bundesweit einheitlicher Standards im Hinblick auf die Aus- und Fortbildung sowie eine fehlende Rechts- und Handlungssicherheit bei der Tätigkeit der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, gerade auch wenn es um die Erbringung lebensrettender Maßnahmen bis zum Eintreffen eines Notarztes geht, beklagen. Darüber hinaus fehlen Standards bei strukturierten Notrufabfragen, der Versorgung von Notfallpatienten sowie der Vernetzung des Rettungsdienstes mit den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser und dem Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte. Auch das erschwert die Erfassung und -auswertung von Notfalldaten und die koordinierte Zusammenarbeit ganz erheblich. Damit klaffen zwischen einzelnen Ländern und gar Regionen innerhalb eines Bundeslandes große Qualitätslücken. Überleben wird zur Standortfrage, eine Frage des Zufalls. Auch im Fall von Katastrophen und Großschadensereignissen dürfte die Koordination zugleich mit enormen Schwierigkeiten verbunden sein.

Klar ist: Die Menschen überall in Deutschland dürfen auch – und gerade – im Fall eines medizinischen Notfalls die beste medizinische Versorgung erwarten. Klar ist auch: Die Ärztinnen und Ärzte, die Notfallsanitäterinnen und

Notfallsanitäter und viele, viele andere, die an der Notfallversorgung beteiligt sind, geben täglich ihr Bestes. Diese Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft gilt es besser, effizienter für die unmittelbare Versorgung der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Deshalb müssen die Rahmenbedingungen auf die Bedürfnisse der Patienten und der an der Notfallversorgung Tätigen zugeschnitten werden. Es gilt also die Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungsbereichen sowie den einzelnen Ländern und Regionen entschlossen aufzulösen. Das Silodenken in Sektoren muss überwunden, die Transparenz der Versorgungspfade erhöht werden.

Wir haben als Fraktion der Freien Demokraten im Bundestag deshalb im Dezember letzten Jahres einen Antrag zur Reform der Notfallversorgung eingebracht, mit dem Ziel für den medizinischen Notfall eine bedarfsgerechte, moderne, zukunftsfeste, transparente und minimalbürokratische Versorgung der Bevölkerung auf einem hohen Qualitätsniveau überall in Deutschland zu gewährleisten. Dazu müssen die beteiligten Versorgungsbereiche zusammen gedacht, maximal miteinander verzahnt und vernetzt werden.

Wir fordern, dass in Zukunft jederzeit telefonisch unter den Rufnummern 112 und 116117 sowie telemedizinisch erreichbare Integrierte Notfallleitstellen (INL) eine zentrale Lotsenfunktion für die Patienten übernehmen. Diese INL sollen in Kooperation zwischen den Rettungsleitstellen der Länder und der Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet und betrieben werden. Es ist dabei jedoch nicht nötig, die Nummern 112 und 116117 oder die Leitstellen von KV und Rettungsdienst örtlich zusammenzulegen. Denn bundeseinheitliche Standards für Rettungsleitstellen sollen die organisatorische und technische Koppelung der Leitstellen des Rettungsdienstes im gesamten Bundesgebiet sowie des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes ermöglichen. Wir fordern, unter Nutzung Algorithmen gestützter Systeme eine bundeseinheitliche medizinische Ersteinschätzung in den Leit-

stellen sicherzustellen, um die Patientinnen und Patienten, ungeachtet ob diese medizinische Versorgung über die Rufnummer 112 oder Rufnummer 116117 suchen, einer individuell bedarfsgerechten medizinischen Versorgung zuzuführen. Die INL greifen hierbei verbindlich auf rettungsdienstliche sowie bereitschaftsärztliche Strukturen zurück. Mit der Setzung bundeseinheitlicher Standards wird zugleich sichergestellt, dass auch im Katastrophenfall und bei Großschadensereignissen einzelne Leitstellen nicht überlastet werden können, sondern eine technisch ungehinderte und standortunabhängige Zusammenarbeit erfolgen kann.

Darüber hinaus fordern wir Integrierte Notfallzentren (INZ) an dafür geeigneten Krankenhäusern als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung. Diese sollen derart strukturell an ein Krankenhaus angebunden werden, dass sie als erste Anlaufstelle von Hilfesuchenden im Notfall wahrgenommen werden. Der Betrieb der INZ soll unter der Leitungsverantwortung hinreichend fachlich qualifizierter ärztlicher Kräfte der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Beim Eintreffen der Hilfesuchenden sollen vom Krankenhausträger weisungsunabhängige Kräfte eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs treffen und entsprechend des festgestellten medizinischen Bedarfs die unmittelbar erforderliche ambulante Notfallversorgung oder eine stationäre Versorgung veranlassen. Die ambulante Leistungserbringung im INZ erfolgt dann durch niedergelassene oder unmittelbar bei der Kassenärztlichen Vereinigung angestellte Ärzte sowie Ärzte des Krankenhauses gemeinsam im Rahmen einer intersektoralen Vergütung. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den KVen. Wir verhindern die Entstehung eines dritten Sektors. Es muss jedoch auch sichergestellt werden, dass eine ambulante Regelversorgung nicht durch das INZ erfolgt.

Wir wollen den Rettungsdienste als eigenständigen Leistungsbereich im Recht der gesetzlichen Krankenversiche-

nung (SGB V) regeln und dabei die medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes unabhängig von einer Transportleistung oder der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewähren. Damit sollen vorhandene Fehlanreize beseitigt und vor allem die medizinischen Leistungen endlich angemessen vergütet werden.

Um Rechts- und Handlungssicherheit für die Notfallsanitäter, aber auch andere Gesundheitsfachberufe zu schaffen, fordern wir ein modernes, bundesweit verbindliches Heilberufegesetz, das eigenständige Befugnisse der Notfallsanitäter, Pflegekräfte und anderer Gesundheitsberufe entsprechend ihrer Ausbildung regelt. Durch klarstellende gesetzliche Regelungen im Bürgerlichen Gesetzbuch wollen wir die Einhaltung des medizinischen Standards bei der Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Kräften auch außerhalb des Behandlungsvertragsrechts gewährleisten.

Die an der Notfallversorgung beteiligten Versorgungsbe-
reiche sollen so digital vernetzt werden, dass Zugriff und Austausch der für den medizinischen Notfall erhobenen Gesundheitsdaten unmittelbar zum Zweck der Notfallversorgung erfolgen kann. Es soll eine einheitliche Dokumentation der Notfallbehandlung in einer strukturierten elektronischen Patientenakte erfolgen. Die Entscheidung, ob und welche Versorgungseinrichtung zur weiteren Notfallbehandlung vom bedarfsgerechten Rettungsmittel anzu-
steuern ist, soll künftig in jedem Einzelfall bedarfs- und erreichbarkeitsbezogen getroffen werden. Wir fordern, dass Echtzeitübertragungen der bundesweiten Versorgungskapazitäten zur Verfügung stehen. Zur besseren Koordinierung des medizinischen Verlaufs der Notfallbehandlung sollen die Rettungsmittel mit dem angesteuerten Krankenhaus telemedizinisch verbunden werden.

Der notwendige Abbau der Sektorengrenzen und eine Reform der Notfallversorgung ohne zusätzliche und kleinteilige Bürokratie werden jedoch nur gelingen, wenn der

Bund künftig ein Mitspracherecht beim Rettungsdienst und im Krankenhauswesen erhält. Wobei für uns auch klar ist, dass die Standortplanung weiter auf Landesebene und regional erfolgen muss und nicht am grünen Kartentisch in Berlin.

Die Anfang Januar ans Tageslicht beförderten Vorschläge aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) deuten jedoch in eine andere Richtung. Denn es steht zu befürchten, dass statt klaren ordnungspolitischen Vorgaben mit bundesweiter Geltung, der Weg wieder einmal über die Leistungsvergütung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen soll. Das wird nicht nur länger dauern bis bundesweit integrierte Strukturen geschaffen sind. Bürokratie sowie Vertrags- und Vergütungsstreitigkeiten, die wir aus der ambulanten und stationären Versorgung leidlich kennen, sind mit den Umsetzungsvorschlägen aus dem BMG auch schon vorprogrammiert.

Überlegungen zur medizinischen Versorgung von Menschen in Notfällen bei „Großschadens- ereignissen“

RA Jörg Müssig

Fachanwalt für Medizinrecht
Justiziar des Verbandes der
Feuerwehren in NRW e.V.



Nach dem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen aus 2018 wurde am 12.07.2019 vom Bundesgesundheitsministerium ein Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Nach Erörterung mit den Beteiligten im System der Notfallversorgung auf Bundes- und Landesebene liegt zwischenzeitlich ein Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom 08.01.2020 vor.

Den geplanten Regelungen liegt dabei insbesondere die Überlegung zugrunde, dass die medizinische Versorgung von Patienten im Rahmen der Gesundheitsvorsorge und die Gefahrenabwehr nicht nebeneinanderstehen, sondern die Versorgung von Menschen im Rahmen der Notfallrettung bzw. des Rettungsdienstes immer eine hoheitliche Gesamtaufgabe von Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr darstellt. Dieses „Miteinander“ der Aufgabenbereiche führt dazu, dass Schnittstellen in der Zuständigkeit des Bundes und der Länder gelöst werden müssen und sollen, nicht zuletzt auch bezogen auf Finanzierungsaspekte.

Der Gesetzesentwurf sieht insoweit konsequenterweise eine Weiterentwicklung der Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherungen im SGB V vor, die diese Gesamtaufgabe bislang so noch nicht abbilden. Überlegungen zur weiteren Verzahnung der Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen und im Verteidigungsfall bzw. bei bundesrechtlicher Katastrophenhilfe finden im Gesetzgebungsvorhaben bislang noch keine Berücksichtigung, auch wenn erkennbar Schnittstellen vorliegen, die eine Integration der medizinischen Versorgung auch in diesen Belangen rechtfertigen.

Aufbau der Notfallrettung im Katastrophenfall

Gemäß Art. 73 Abs. 1 Nr. 1 GG hat der Bund die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz für die auswärtigen Angelegenheiten sowie die Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung. Mit dem Zivilschutz ist in diesem Sinne der Schutz der Bevölkerung vor kriegsbedingten Gefahren im Spannungs- oder Verteidigungsfall gemeint. Für die Gefahrenabwehr im Übrigen sind die Länder gemäß Art. 70, 30 GG zuständig. Eine enge Ausnahme von dieser föderalistisch ausdifferenzierten Zweiteilung ist nur im Rahmen der Katastrophenhilfe des Bundes bei Katastrophen und schweren Unglücksfällen gemäß Art. 35 Abs. 2 S. 2 GG (sog. regionaler Katastrophennotstand) und Abs. 3 S. 1 GG (sog. überregionaler Katastrophennotstand) möglich. Hier handelt es sich grundsätzlich um ei-

ne Maßnahme der Gefahrenabwehr, welche dem Land zugeordnet ist. Allerdings lässt sich aus Art. 35 GG für den Bund eine Gesetzgebungskompetenz kraft Natur der Sache für den Bereich der Vorsorge, Planung und Koordinierung der Hilfsverpflichtungen und Initiativbefugnisse des Bundes bei der Bekämpfung (länderüberreifender) Katastrophen und schwerer Unglücksfälle ableiten. Auf Grundlage dieser Kompetenz gibt es auf Bundesebene auch außerhalb des Verteidigungsfalls die Hilfeleistung nach den Vorgaben des Zivilschutzgesetzes¹.

Hieraus ergibt sich allerdings, dass es eine grundsätzliche Trennung von Landes- und Bundesebene gibt. Der Bund ist erstmal nur im Spannungs- oder Verteidigungsfall (Art. 80 a, 115 a GG) zuständig. Dem Land obliegt grundsätzlich der gesamte Bereich der Gefahrenabwehr.

Gefahrenabwehr in der Notfallrettung im Landesrecht

Unter Gefahrenabwehr wird im Allgemeinen die Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen zur Vermeidung und Reduzierung von Gefahren verstanden. In diesen Bereich fällt grundsätzlich auch der Rettungsdienst. In diesem Zusammenhang beschäftigt sich der Referentenentwurf mit dem Zusammenspiel der landesrechtlichen Gefahrenabwehr in Bezug zur bundesrechtlichen Gesundheitsvorsorge. Weitergehende Erwägungen zu der medizinischen Notfallversorgung bei Großschadensereignissen bzw. Katastrophen auch bezogen auf zugehörige Vorhaltekosten auf Landesebene finden sich nicht. Zur Einordnung der Schnittmengen der Aufgaben ist zunächst die Terminologie dieser Begriffe zu reflektieren.

a) Definition des „Großschadensereignisses“

In der DIN 13050 sind wichtige Begriffe des Rettungswesens definiert. Nach diesen Vorgaben stellen sich die Definitionen wie folgt dar: Ein Großschadensereignis ist hier nach ein Ereignis mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen und/oder erheblichen Sachschäden.

Im engen Zusammenhang hiermit stehen zudem der Begriff des „Katastrophe“ und des „Massenanfalls“.

Eine Katastrophe ist ein über das Großschadensereignis hinausgehendes Ereignis mit einer wesentlichen Zerstörung oder Schädigung der örtlichen Infrastruktur, das im Rahmen der medizinischen Versorgung mit den Mitteln und Einsatzstrukturen des Rettungsdienstes alleine nicht bewältigt werden kann. In Addition zum Großschadensereignis muss also eine Schädigung der örtlichen Infrastruktur hinzukommen und der Rettungsdienst dieses nicht alleine bewältigen können. Es ist im Umkehrschluss möglich, dass das Großschadensereignis vom Rettungsdienst allein bewältigt werden kann.

Ein Massenanfall meint einen Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen, der mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung des Rettungsdienstes aus dem Rettungsdienstbereich nicht bewältigt werden kann. Im Unterschied zum Großschadensereignis ist ein Sachschaden demnach nicht ausreichend. Zudem kann auch der Massenanfall mit den Mitteln des Rettungsdienstes nicht bewältigt werden.

Diese Terminologie findet sich im Wesentlichen auch in den landesrechtlichen Regelungen in den Brandschutz- und Rettungsdienstgesetzen wieder, wobei der Begriff des Großschadensereignisses im Rahmen der Novellierung von gesetzlichen Regelungen in den letzten Jahren weitestgehend wieder ersetzt wurde durch den Begriff der „Katastrophe“, zum Teil verbunden mit einer Abgrenzung zu Großeinsätzen. Letztere sind im Wesentlichen gekennzeichnet durch größeren Koordinierungsbedarf und einen Einsatz von Kräften, die Ressourcen einer kreisangehörigen Gemeinde übersteigen (vgl. § 1 Abs. 2 BHKG-NRW). Die landesrechtlichen Regelungen erfassen daher die medizinische Notfallrettung im Einzelfall sowie bei außergewöhnlichen Schadensereignissen im Sinne von Großschadensereignissen/Massenanfall von Verletzten/Katastrophe auf regionaler und Landesebene.

Gefahrenabwehr in der Notfallrettung auf Bundesebene

Auf Bundesebene ist die Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen in zwei Konstellationen geregelt, zum einen im Verteidigungsfall und zum anderen im Rahmen der Katastrophenhilfe.

Für den Verteidigungsfall hat der Bund die originäre Zuständigkeit aus Art. 80 a, 115 a GG. Unter den dort genannten Anforderungen muss der Verteidigungsfall zunächst festgestellt werden. Wie mit diesem umzugehen ist, hat die Bundesregierung in dem Gesamtkonzept „Konzeption Zivile Verteidigung (KZV)“ vom 24. August 2016 festgelegt². Unter 6.8. ist der Schutz der Gesundheit der Zivilbevölkerung näher ausgestaltet. Die nach Landesrecht zuständigen Behörden planen ergänzende Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Zivilschutzfall. Der Bund ergänzt die Maßnahmen der Länder mit Blick auf die besonderen Anforderungen eines Massenanfalles von Verletzten im Zivilschutz. Der Bund entwickelt hierzu im Benehmen mit den Ländern ein „Rahmenkonzept Massenanfall von Verletzten“ und ergänzt auf dieser Basis die Vorbereitungen und Fähigkeiten der Länder mit zusätzlicher Ausstattung und Ausbildung. Der Bund baut auf die Einheiten und Einsatzkräfte der allgemeinen Gefahrenabwehr und des friedensmäßigen Katastrophenschutzes auf und ergänzt sie zweckentsprechend³.

Für einige besondere Gefahrenlagen, die höchstwahrscheinlich nur im Falle eines Krieges auftreten würden, ergänzt der Bund die Einsatzkräfte der Länder mit spezieller Technik und der dafür notwendigen Ausbildung. Gleichwohl stehen die vom Bund bereitgestellten Fahrzeuge und technische Ausstattung auch für Katastrophenschutzereignisse der Länder zur Verfügung und verfolgen damit einen Doppelnutzen.

Für den Verteidigungsfall lässt sich also festhalten, dass der Bund auf die Ressourcen der Länder und damit letzt-

endlich wieder auf die Träger des Rettungsdienstes zurückgreift.

Außerhalb des Verteidigungsfall ist der Bund nur zu Katastrophenhilfe befugt. Hier greift das Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz ZSKG), wofür der Bund eine Gesetzgebungskompetenz kraft Natur der Sache aus Art. 35 GG hat (siehe oben). Hier kann der Bund allerdings nur hilfeleistend tätig werden.

Voraussetzung für die Hilfe nach Art. 35 ist eine Naturkatastrophe oder ein besonders schwerer Unglücksfall. Beim regionalen Katastrophennotstand beschränken sich die Naturkatastrophen oder der Unglücksfall auf das Gebiet eines Landes, im Fall des überörtlichen Katastrophennotstands ist das Gebiet mehrerer Länder betroffen. Beim regionalen Katastrophennotstand kann das Bundesland neben der Unterstützung durch andere Länder auch Kräfte und Einrichtungen des Bundes anfordern. Beim überregionalen Katastrophennotstand lässt Art. 35 Abs. 3 S. 1 ausnahmsweise eine begrenzte Weisungs- und Einsatzbefugnis der Bundesregierung zu. Das Gesetz schafft Ausführungsvorschriften sowie die Vorkehrungen für diese Fälle.

Hierbei bedient sich der Bund wiederum der Länder, denen in weiten Teilen die Ausführung des Gesetzes als Auftragsangelegenheit obliegt, vgl. § 2 ZSKG.

Aus § 4 ZSKG wird deutlich, dass der Bund nur zur Hilfeleistung befugt ist und damit im Rahmen der Kompetenzen aus Art. 35 GG handelt. Die Länder können der Vorhaltungen und Einrichtungen des Bundes für den Zivilschutz im Katastrophenschutz bedienen, § 12 ZSKG.

Insoweit ergänzt das ZSKG nur den gewohnten Aufbau. Für den Rettungsdienst, auch im Großschadensereignis auf Bundesebene, bleiben die Länder zuständig. Der Bund übernimmt den Rettungsdienst nur im Verteidigungsfall,

wobei er ebenfalls auf die Mittel der Länder zurückgreift. Außerhalb des Verteidigungsfalls wirkt der Bund nur unterstützend mit.

Finanzierung

Der Gesetzesentwurf vom 08.01.2020 sieht nunmehr vor, dass die Kosten der Leistungen der medizinischen Notfallversorgung und auch der gemeinsamen Notfallsysteme, die dann die bisherige Rettungsleitstelle einschließen, von den Landesverbänden der Kassen und Ersatzkassen mit den zuständigen Landesbehörden bzw. den landesrechtlich zuständigen Trägern des Rettungsdienstes sowie den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen vertraglich vereinbart werden. Dies schließt insbesondere die Leistungen der medizinischen Versorgung durch Notärzte, ggf. telemedizinisch, nichtärztliches Personal wie Notfallsanitäter und zugehörige Betriebsmittelkosten einschließlich Fahrzeuge im Rettungsdienst und medizintechnischer Ausstattung mit ein. Dabei ist vorgesehen, dass die Kostenträger im Gesundheitswesen an den Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und den Katastrophenschutz nicht beteiligt sein sollen.

In diesem Zusammenhang fällt auf, dass weiterhin auf den Begriff der „Großschadenslage“, der insoweit deckungsgleich gemeint sein dürfte mit dem „Großschadensereignis“, zurückgegriffen wird, von welchem zumindest in den Bundesländern wieder abgerückt wurde.

Auf Bundesebene finanziert der Bund im Verteidigungsfall wiederum seine Mittel selbst. Im Rahmen des Zivilschutzes außerhalb des Verteidigungsfalls übernimmt der Bund die Kosten, die den Ländern entstehen, § 29 Abs. 1 ZSKG.

Auch im Zusammenhang mit der medizinischen Notfallversorgung im Rahmen von Katastrophen bzw. Großschadensereignissen, insbesondere bei einem Massenanfall von Verletzten, besteht die im Referentenentwurf zutref-

fend beschriebene Schnittmenge zwischen Gefahrenabwehr und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung letztlich in zwei Richtungen. Bezogen auf den Katastrophenschutz im Rahmen der Gefahrenabwehr innerhalb der Länder besteht eine Schnittmenge zu den dortigen Kostenträgern. Bei der medizinischen Notfallversorgung im Rahmen der Gefahrenabwehr im Verteidigungsfall bzw. des Zivilschutzes außerhalb des Verteidigungsfalls besteht die Schnittmenge zwischen den Kostenträgern im Gesundheitswesen zum Bund selbst.

Da der Bund insoweit keine eigenen Einheiten für medizinische Notfallversorgung im Rahmen seiner Zuständigkeit für eine Gefahrenabwehr im Verteidigungsfall bzw. Zivilschutz außerhalb des Verteidigungsfalls vorhält, sondern hier im Ergebnis auf die Strukturen und die Regelungen der Länder zurückgreift, wäre es konsequent, neben einer deutlicheren Aufgabenzuweisung im Zusammenspiel von Gesundheitswesen und Gefahrenabwehr sowohl die strukturellen Regelungen mit anzupassen als auch die zugehörige Finanzierungsverantwortung im Rahmen der hoheitlichen Gesamtaufgabe von Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr zwischen Gesundheitswesen, Bund und Ländern stringent zu regeln.

³ <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bevoelkerungsschutz/zivil-und-katastrophenschutz/ Gefahrenabwehr-und-katastrophenschutz/ Gefahrenabwehr-und-katastrophenschutz-node.html>

Quellen:

¹ *Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages: WD3-423/07 vom 19.12.2007*

² https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/bevoelkerungsschutz/konzeption-zivile-verteidigung.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Rettungsversuche – zur Reform der Notfallversorgung

Wulf-Dietrich Leber

Abteilungsleiter Krankenhäuser,
GKV-Spitzenverband



Die Rettungsfristen in Deutschland scheinen lang zu sein. Erst 13 Monate nach den ersten Eckpunkten ist nunmehr ein veritabler Referentenentwurf zur Reform von Rettungswesen und Notfallversorgung veröffentlicht worden. Dabei besteht akuter Reformbedarf: Jährlich werden abertausend von Patienten per Rettungswagen ins Krankenhaus gefahren, obwohl eine ambulante Behandlung völlig ausreichend wäre. Die Notfallaufnahmen sind zum Teil überlaufen, weil das vertragsärztliche Notdienstsystem nicht funktioniert. Tausende schwer erkrankte oder verletzte Patienten werden in Krankenhäuser gefahren, die für den jeweiligen Notfall nicht richtig ausgestattet sind. Es verbietet sich, von einem bewährten System zu reden.

Der von Gesundheitsminister Spahn vorgelegte Entwurf ist ein optimistisch stimmender Auftakt, auch wenn er in einem Punkt weit hinter den Eckpunkten zurückbleibt. Die Grundgesetzänderung, die dafür gesorgt hätte, dass das Rettungswesen vom Bereich der Gefahrenabwehr in den Regelungsbereich des Gesundheitswesens hinüber gewechselt wäre, fällt aus. Zu groß war offenbar der Widerstand der Innenministerien der Bundesländer. So bleibt die Reform des Rettungswesens weit hinter dem Notwendigen zurück.

Bundesweite Neuordnung des Rettungswesens

Das Rettungswesen in Deutschland ist derzeit regional zersplittert und digital völlig rückständig. Oft endet der Horizont der Leitstellen schon an der Kreisgrenze. Während man heute im Internet in Echtzeit jede Dschunke auf den sieben Weltmeeren identifizieren kann, haben die Leitstellen nicht einmal die deutschen Rettungsmittel auf dem Schirm. In der Logistik ist heute eine minutengenaue Paketverfolgung möglich, im Rettungswesen kennen wir nicht einmal die Zahl der Rettungsfahrten je Jahr. Es ist deshalb konsequent, dass der Gesetzentwurf eine grundlegende Digitalisierungsoffensive vorsieht. Künftig sollen alle Rettungsmittel jeder Leitstelle verfügbar gemacht werden und die Rettungsdienste sollen in Echtzeit einen Überblick über die aufnahmebereiten Notfallkrankenhäuser haben. Es gehen nicht mehr wertvolle Minuten durch Rumtelefonieren verloren. Als eine Art Anschubfinanzieren soll die GKV rund 25 Millionen Euro zur Verfügung stellen.

Was fehlt, ist ein Ansatz zur Zusammenführung der rund 250 Leitstellen – oft der ganze Stolz der Landräte. 50 wären völlig ausreichend und würden die Qualität erhöhen.

Zusammenführung von eins-eins-zwei und elf-sechs-elf-sieben

Im gemeinsamen Notfalleitsystem (GNL) sollen künftig die Notrufnummer 112 (Rettungsleitstellen) und die 116 117 (Kassenärztliche Vereinigung) zusammenschaltet werden. Aus der in den Eckpunkten vorgesehenen echten

Fusion zu einer gemeinsamen Leitstelle ist also eine eher virtuelle, digitale Zusammenschaltung geworden. Dies ist der fehlenden Grundgesetzänderung geschuldet. Dieser Mangel erklärt auch, warum die KV verpflichtet ist, mit der Notrufzentrale ein gemeinsames Notfalleitsystem zu schaffen, umgekehrt aber eine solche Verpflichtung nicht besteht. Es wird also weiterhin ein fürchterlicher Flickenteppich über der deutschen Notfalloberfläche liegen – mit erheblichem Blutzoll. Wer auch immer den nächsten Koalitionsvertrag verhandelt, der sollte frühzeitig daran denken, die überfällige Grundgesetzänderung nachzuholen.

Rettungseinsatz vor Ort

Mit dem Gesetzentwurf wird die medizinische Notfallrettung Teil des Gesundheitswesens. Künftig umfasst sie nicht nur die Rettungsfahrten ins Krankenhaus, sondern auch die Versorgung am Notfallort. Damit ist es nicht mehr – wie heute – erforderlich, dass der Patient zur Abrechenbarkeit eines Rettungswageneinsatzes ins Krankenhaus gefahren wird. Die Fahrt ins Krankenhaus erübrigt sich, wenn sich nach Einschätzung von Notfallsanitätern und Notarzt herausstellt, dass der Patient in häuslicher Umgebung ausreichend versorgt werden konnte. Das war eine überfällige Neuregelung, die nicht unerheblich dazu beitragen könnte, dass Notaufnahmen entlastet und unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

Integrierte Notfallzentren vor dem Eingang der Krankenhäuser

Skepsis ist bei der Neuordnung der Notaufnahmen angezeigt. Der Gesetzentwurf orientiert sich hier stark an den Vorschlägen des Sachverständigenrates, der quasi den Zugang zum Krankenhaus durch sogenannte „Integrierte Notfallzentren (INZ)“ abriegeln will. Im Eingangsbereich der Krankenhäuser sollen in Trägerschaft von KV und Krankenhaus neue Einheiten entstehen, die fallabschließend die ambulant behandelbaren Patienten versorgen und nur jene Patienten weiterleiten, bei denen ein stationärer Aufenthalt unvermeidlich ist.

Bei der zentralen Notaufnahme (ZNA) würden lediglich die stationär zu versorgenden Fälle ankommen. Das hatten sich die ZNA-Leiter der Krankenhäuser anders vorgestellt. In der Tat sind Zweifel angebracht, ob dieses Modell funktionieren kann. Man stelle sich vor, dass an 800 Krankenhäusern solche INZ eingerichtet werden. Dann benötigt man zur Aufrechterhaltung des vorgesehenen 24/7-Bereitschaftsdienstes volumenmäßig weit über 4.000 Kassenärzte, die ihre bisherige Praxis aufgeben und künftig im INZ vor den Toren eines Krankenhauses tätig werden. Dem Gesetzentwurf zufolge ist auch die Beschäftigung von Krankenhausärzten möglich, aber das INZ soll unter Leitung der KV stehen. Darauf hatten die Krankenhausärzte schon immer gewartet. Der Ansatz, all jene Patienten ambulant zu versorgen, bei denen dies möglich ist, mag ja richtig sein, aber es bleiben doch ein paar Zweifel, dass dies in überschaubarer Zeit umsetzbar sein wird.

Gesundheitspolitisch interessant ist die Tatsache, dass im Entwurf des BMG zur Reform der Notfallversorgung eine klare KV-Dominanz den Text beherrscht: Die KV versorgt die ambulanten Fälle und schützt die Patienten vor den Krankenhäusern. In den bislang bekannt gewordenen Textpassagen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe hingegen, wird ein im Grundsatz Krankenhaus-dominiertes Versorgungsmodell verfolgt: Die Krankenhäuser dürfen alles: ambulante Fälle behandeln, sich selbst umwandeln oder auch weiterhin als eine Art ambulantes Krankenhaus weiter existieren – alles mit dem Hinweis darauf, dass die kassenärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt sei. Was denn nun? Mindestens ein halbes Jahr ambulanzstationärer Grabenkämpfe liegt vor uns.

Möglicherweise bleibt am Ende das minimalinvasive Modell der Kassen übrig: Die KV garantiert, dass im Eingangsbereich von Krankenhäusern, die Notfälle aufnehmen, eine KV-Notfallpraxis existiert – mit „hauptamtlichen Notfallärzten“. Das Krankenhaus garantiert, dass dafür Räume und technische Unterstützung vorhanden ist. An einem gemeinsam betriebenen Tresen erfolgt die Triage: Wer nach Ersteinschätzung voraussichtlich fallabschließend

ambulant behandelt werden kann, wird in die KV-Notdienstpraxis geleitet; Fälle, bei denen nach Ersteinschätzung eine Krankenhauseinweisung notwendig, kommen in die ZNA. Letztere wird damit nicht mehr durch leichte Fälle belastet. Zur Verhinderung unnötiger, rein ökonomisch motivierter Einweisungen bleibt die Fehlbelegungsprüfung das Mittel der Wahl.

Notfallversorgung endlich G-BA-fähig

Auch wenn die fehlende Grundgesetzänderung einen ordnenden Zugriff auf alle Bestandteile des Rettungswesens verhindert, so verfolgt der Gesetzentwurf gleichwohl eine Linie der bundespolitischen Strukturierung. Einem historischen Trend folgend hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach dem Gesetzgebungsverfahren mehr zu tun als vor dem Gesetz. Der Entwurf enthält sechs neue Aufgaben für den G-BA: Definition der Kooperationsverpflichtung beim gemeinsamen Notfallsystem und Vorgaben zur digitalen Vernetzung, Vorgaben zur bundeseinheitlichen Statistik, Regeln zur Rettungsfahrt in spezialisierte Krankenhäuser, Auswahlregeln für die INZ-Standorte sowie INZ-Qualitätsanforderungen. Das alles ist hoch vernünftig, gibt aber auch einen Hinweis darauf, dass die Reform der Notfallversorgung ein mehrjähriger Vorgang sein wird.

Das Gezeir wird groß sein: Leitstellen schließen, ist nicht einfacher als das Schließen von Krankenhäusern. Jedes Krankenhaus, dem droht, von der Notfallversorgung abgeschnitten zu werden, wird den Klageweg beschreiten – und sei die Konzentration der Notfallversorgung für das Überleben der Patienten noch so sinnvoll. Ausnahmsweise sei dem Minister deshalb eine starke Hand gewünscht.

Anm. d. Red.: Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Autors wieder.

Es gibt Bereiche wo ich sage: „Das kann schiefgehen!“

Interview mit
Albrecht Broemme
Vorstandsvorsitzender
Zukunftsforum öffentliche
Sicherheit (ZOES)



Das Technische Hilfswerk ist eine Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums des Inneren, für Bau und Heimat. Das THW wirkt im Zivil- und Katastrophenschutz mit. Es unterstützt andere Behörden und Institutionen, etwa im Sanitätswesen oder die Feuerwehren, logistisch, operativ und technisch. Mit Albrecht Broemme, von 2006 bis Ende 2019 Präsident der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk, haben wir das nachfolgende Gespräch über die Herausforderungen beim Katastrophenschutz geführt.

Albrecht Klopfer: Wann wird das THW gerufen? Ich denke an den Breitscheidplatz, an Enschede, an einen Unfall auf der Autobahn. Wann kommt in solchen Fällen das THW?

Albrecht Broemme: Das THW wird dann gerufen, wenn Einsätze voraussichtlich länger dauern und wenn die Fähigkeiten des THW benötigt werden, wenn man zum Beispiel nachts eine gute Ausleuchtung einer Einsatzstelle benötigt. Dann kommen wir mit unserer Ausrüstung und sorgen für gute Einsatzbedingungen. Nach dem Attentat am Berliner Breitscheidplatz haben wir Logistik und Beleuchtung übernommen. Das THW ist außerdem bekannt für seine Fähigkeiten zur technischen Ortung sowie zur Ortung mit Rettungshunden. Das THW erledigt auch die schwere Bergung inklusive Abstützen und Gebäudesicherung.

Klopfer: Es gibt doch sicher Referenzszenarien, auch für Großschadensereignisse oder terroristische Lagen. Das wird ja nicht improvisiert. Wer macht diese Referenzszenarien und in welche Form gibt es da eine Kooperation auch mit umliegenden Krankenhäusern und ähnlichen Strukturen.

Broemme: Die klassische Katastrophe kommt meistens unerwartet – und zwar vorzugsweise „freitags nach Dienstschluss“ – daran erkennt man sie. Die typischen Szenarien, auf die wir uns generell vorbereiten, sind drei Rubriken: Unwetterschäden, Terrorereignisse und der massive Ausfall kritischer Infrastruktur. Entscheidend sind bei diesen Szenarien einerseits die Planung und Überprüfung vorgehaltener Gerätschaften und andererseits Übung. Übungen, auch in Bezug auf Terrorereignisse, sind von enormer Bedeutung. Dabei kann man noch Fehler machen, die dann, wenn man die Ergebnisse ehrlich bewertet, in Zukunft abgestellt werden können. Wenn man nicht übt, wird der Einsatz selbst zur Übung – und das kann schiefgehen. Gerade bei einem Massenanfall von Verletzten muss es Pläne geben, die dann abgespult werden.

Klopfer: Jetzt komme ich ja aus dem Gesundheitswesen und ich merke, dass das Gesundheitswesen durch Wettbewerb auf Effizienz getrimmt werden soll. Hermann Gröhe sagte, als er anfang, dass das Gesundheitssystem noch Effizienzreserven hätte. Das würde man unter anderem daran sehen, dass die Krankenhäuser im Schnitt nur zu 70% ausgelastet seien. Das hat er dann im Laufe seiner Amtszeit nicht mehr wiederholt. Denn eine Auslastung von, sagen wir, 95% im Normalfall müsste doch bei Ihnen die Haare zu Berge stehen lassen, wenn man daran denkt, was dann im Falle eines Großschadensereignisses passiert. Reden Sie da mit den relevanten Stellen und warnen vor den möglichen Konsequenzen?

Broemme: Selbst wenn das THW jetzt nicht originär für die Krankenhausplanung zuständig ist, bin ich ein Mensch, der einmal selbst Opfer sein könnte. Andererseits interessiere ich mich für jeden Aspekt des Katastrophenschutzes. Selbstverständlich ist es richtig, wenn der jetzige Minister sagt, dass wir noch mehr Spezialisierung in den Krankenhäusern brauchen. Wenn sich ein Krankenhaus auf Felder spezialisiert, dann sind die auf diesem Gebiet fit und liefern bessere Arbeit. Das bedeutet aber auch, dass wir längere Primärtransporte und mehr Sekundärtransporte haben werden. Das wird schon oft nicht bedacht. Und: wer macht das denn eigentlich?

Klopfer: Wenn man das einmal höher skaliert, dann könnte es doch zu Situationen kommen, die Sie mit Sorge erfüllen könnten und wo Sie sagen müssten, dass Sie nicht mehr wissen, wie Sie die Leute versorgen sollen.

Broemme: Das liegt nicht originär in der Verantwortung des THW, aber wir reden natürlich mit anderen Organisationen im Umfeld des Katastrophenschutzes und „blasen alle ins gleiche Horn“. Es gibt zwei Bereiche, wo ich sage „Achtung, das kann schiefgehen!“. Die Krankenhäuser sind einer dieser Bereiche, denn wenn das Krankenhausnetz noch weiter ausgedünnt wird, ohne dass man Sanitätszentren bildet bzw. mobile Arztpraxen aufbaut, dann

ist die Balance nicht mehr gegeben. Ich kann nicht beliebig viele Krankenhäuser schließen, ohne die Grundversorgung – gerade im Katastrophenfall – zu verschlechtern. Da müssen wir also mindestens alternative Strukturen aufbauen.

Der andere Bereich ist das Außerachtlassen des Betreuungswesens. Ich habe beim Innenministerium darauf gedrängt, dass dies wieder auf eine vernünftige Grundlage gestellt wird. Zurzeit läuft das landauf, landab über die lokalen Behörden, meistens über die Sozialämter. Natürlich können die, wenn ein Haus abgebrannt ist, zehn Personen unterbringen. Man kennt Hotels, Pensionen wo die Leute untergebracht werden können. Aber beim Katastrophenschutz beschäftigen wir uns mit der Frage, wie wir tausend Leute unterbringen müssen. Das ist mal ein Dorf, eine kleine Kleinstadt. Auch zehntausend, hunderttausend Menschen sind eine realistische Größe. Hunderttausend, das ist nicht einmal die Bevölkerung von Neukölln. Es sind viele Gründe denkbar, warum so etwas anfallen könnte. Das THW ist in der Lage, überall in Deutschland Zeltstädte aufzubauen, auch kurzfristig.

Kloepfer: Ich weiß, dass das Rote Kreuz über mobile Krankenhäuser verfügt. Man könnte doch auch, zumindest theoretisch, ein solches mobiles Krankenhaus im Fall der Fälle in die Fläche schicken.

Broemme: Soweit ich weiß, verfügt das Rote Kreuz derzeit über zwei mobile Krankenhäuser, die beide auf dem Flughafen Schönefeld für Auslandseinsätze eingelagert sind. Natürlich kann man die auch im Inland einsetzen. Beim Aufbau und Transport würde das THW helfen. Wir arbeiten da Seite an Seite mit dem DRK, das ja eine halbstaatliche Organisation ist. Im Ausland begegnen wir uns ja sowieso ständig. Insgesamt muss man sicherlich darüber nachdenken, ob man bei den absehbaren Entwicklungen im Krankenhauswesen nicht mehr solcher mobilen Krankenhäuser, gerade auch für das Inland, bereitstellen sollte.

Kloepfer: Können Sie von Eschede berichten?

Broemme: Ich war indirekt dabei. Das war natürlich ein riesiger Einsatz, der aber auch schon nach etwa 12 Stunden beendet war. Ich war damals Chef der Berliner Feuerwehr und mich haben vor allem die Nachwirkungen des Einsatzes beschäftigt. In Eschede, so fatal die Katastrophe auch war, haben sich aber auch einige positive Seiten der Katastrophenplanung gezeigt, und gerade in der Nachsorge der Katastrophe konnten wir viel lernen. Der Stab des Landkreises war kurz zuvor bei einer Schulung für Katastrophenlagen. Das war segensreich: Er wusste, wie die Stabsarbeit in einem solchen Fall zu funktionieren hatte und wurde aus Hannover unterstützt. Das hat enorm geholfen. Wir hatten damals in Berlin die ersten ausgebildeten Einsatznachsorgeteams. Ich hatte das in den USA kennengelernt. Viele haben das erst in Frage gestellt. Nach Eschede sind unsere Teams wochenlang nach Niedersachsen gefahren und haben Briefings gemacht. Das hat auch gezeigt, wie wichtig es ist, möglichst bald nach einem Einsatz in einem geordneten Gespräch so einen Einsatz zu verdauen. Inzwischen ist das kein Thema mehr, es gibt bundesweit solche Angebote.

Dann haben wir uns mit der Frage beschäftigt, mit welchen Methoden man in einen ICE eindringen kann, wenn man Personen herausholen muss. Dazu wurden Versuche angestellt – die Bahn hat Züge zur Verfügung gestellt – auch dem THW für das Ausbildungszentrum in Hoya. Das führte einerseits dazu, dass wir viel darüber gelernt haben, welches Werkzeug sich eignet, aber andererseits auch zur Einführung von speziell vorbereiteten, zur Rettung geeigneten ICE-Fenstern. Die Analyse – auch dessen, was man hätte besser machen können – hat uns also noch sehr lange begleitet.

Kloepfer: Ich will noch einmal den Blick auf Berlin werfen, auf den Breitscheidplatz. Das lief ja vergleichsweise gut...

Broemme: ... 50 Verletzte werfen Berlin nicht aus der Bahn...

Kloepfer: ... genau. Das liegt dann aber auch an der tatsächlichen oder vermeintlichen Berliner Überversorgung mit Krankenhäusern, oder?

Broemme: Eine Versorgung, die für vier Millionen Menschen geplant ist, die kann dann auch einmal an einer Stelle 50 oder 500 Leute mehr ganz kurzfristig versorgen. Aber schon bei 500 Verletzten müsste man mit behelfsmäßigen Behandlungsplätzen arbeiten, wie wir sie etwa zur Fußball-WM 2006 geplant hatten. Dieses Konzept wird inzwischen nicht mehr genügend geübt und angewandt. Nach 10 Jahren ist so ein Wissen dann auch schnell mal weg. Problematisch wäre es, wenn ein solcher Anschlag in einer Kleinstadt passiert. Da dauert alles länger, man muss mit den Ressourcen anders umgehen.

Kloepfer: Wie sieht es da auch mit der Koordinierung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern aus, wie kompliziert ist das?

Broemme: Das A und O bei einer Katastrophe ist, dass man sie als eine Katastrophe erkennt. Wie kommt man zu einem Lagebild, das zu so einer Bewertung führen kann, und wer hat dann die letztendliche Verantwortung? Also, zu sagen: „Wir lösen jetzt den Katastrophenfall aus“. Meistens fällt diese Entscheidung ja Bürgermeistern oder Landräten zu – also eher der mittleren Ebene. Viele scheuen sich, das zu tun, gerade auch wegen der rechtlichen Konsequenzen. Auch die Kosten sind nicht unerheblich. Das sind wichtige Überlegungen, aber diese sollten erst nach einem Einsatz gemacht werden. Gute Planung kann da viel Angst nehmen und somit auch die Koordinierung verbessern.

In Berlin funktioniert das relativ gut. Als am Schönefelder Kreuz vor einigen Jahren ein schweres Busunglück passierte, wurde sofort Krankenhausalarm ausgelöst. Auch hier ist aber nicht alles perfekt: Eine Entwarnung

an die Krankenhäuser wurde beispielsweise nach Ende des Einsatzes schlicht vergessen, und die Reihenfolge der abtransportierten Verletzten war verbesserungswürdig. Auch im Rettungswesen sind „Lessons learned“ erforderlich.

Kloepfer: Diese Lernschleifen müssen also immer wieder und vor allem ressortübergreifend gedreht werden.

Broemme: Richtig. Das gilt auch für Übungen, wie bereits erwähnt.

Kloepfer: In letzter Zeit geht es immer wieder um die Probleme der Ehrenamtlichen, sich weiter an der Arbeit von THW und Feuerwehr zu beteiligen. Wie sehen Sie da die Situation?

Broemme: Wir sind sehr glücklich, dass wir nach wie vor im Bereich von THW, Feuerwehr und Sanitätsdiensten hunderttausende Ehrenamtliche haben. Diese werden aber durch diverse Regularien zunehmend in ihrer Einsetzbarkeit eingeschränkt. Der erste und der zweite Mann im Rettungswagen, das kann ein Ehrenamtlicher de facto nicht mehr leisten. Das ist dem Ziel der Professionalisierung geschuldet und auch dem Anspruch einer besseren Bezahlung der Hauptamtlichen im Rettungswesen. Das führt aber zur Verdrängung des Ehrenamtes. Das passiert auch durch falsch konzeptionierte Ausschreibungen in diesem Bereich. Nur in den seltensten Fällen werde diese so formuliert, dass der beauftragte Dienst auch im Katastrophenfall einsatzfähig sein muss. Denn das geht nur mit Ehrenamtlichen, die Erfahrungen liegen ja vor. Da muss im Katastrophenfall die Belegschaft mal eben verdoppelt und verdreifacht werden. Das kann ein privater Rettungsdienst nicht. Das soll nicht heißen, dass das DRK auf diesem Gebiet Denkmalschutz genießen soll. Aber die Ausschreibungen müssen Großschadensfälle und Katastrophenfälle einfach mit berücksichtigen. Machte man das, würden einige private Anbieter hier in Deutschland viele Aufträge nicht bekommen.

Kloepfer: Und die Ehrenamtlichen sind ja gut ausgebildetes Personal.

Broemme: Natürlich, das müssen sie auch. Auch Ehrenamtliche leisten professionelle Hilfe. Spontanhelfer haben wir oft genügend, aber die können viele Aufgaben, schon aufgrund mangelnder Ausrüstung, nicht erfüllen. Ohne engagiertes Ehrenamt geht es beim Katastrophenschutz nicht.





Herausgeber:

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

In Zusammenarbeit mit



Druck:

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 26. Jahrgang 2020, Ausgabe 6 · 2019,
Erscheinungsdatum: 19. Februar 2020

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Jens Spahn – eine Halbzeitbilanz**
- **Rahmenbedingungen für eine gesicherte Plasmaversorgung**
- **Die App kommt**
- **Potentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Weichenstellung beim Morbi-RSA?**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

